

Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

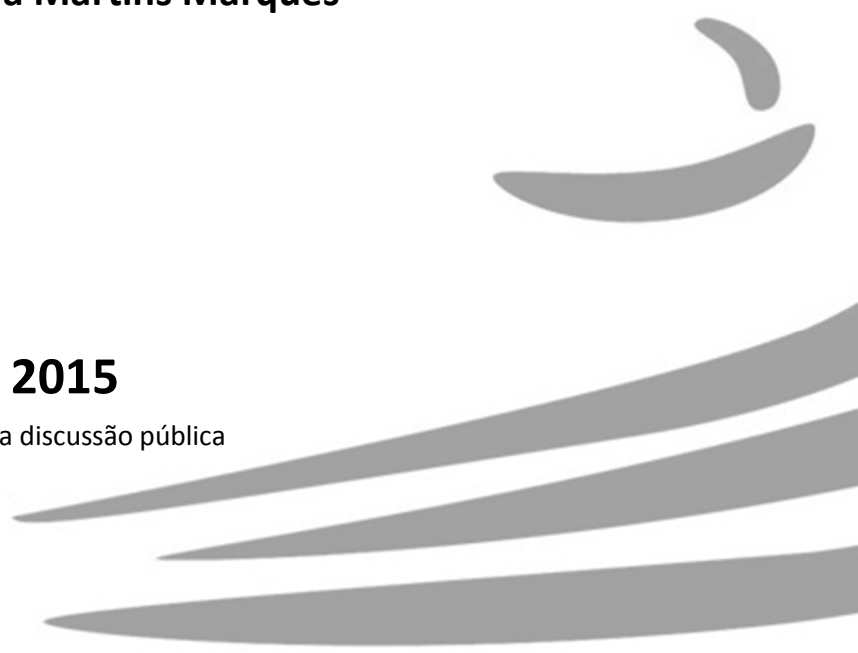
Pessoa em Situação Crítica

**Cuidados de Enfermagem Especializados à Pessoa
com Enfarte Agudo do Miocárdio e sua Família, na
Transição da UCI para a Enfermaria**

Carla Cristina Martins Marques

2015

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Pessoa em Situação Crítica

**Cuidados de Enfermagem Especializados à Pessoa
com Enfarte Agudo do Miocárdio e sua Família, na
Transição da UCI para a Enfermaria**

Carla Cristina Martins Marques

**Relatório de Estágio orientado por
Professor Doutor Jorge Ferreira**

2015



AGRADECIMENTOS

Ao Professor Doutor Jorge Ferreira,
pela orientação deste trabalho, pela coragem, rigor científico
e exatidão metodológica que sempre me transmitiu.

Aos enfermeiros orientadores e colegas dos diferentes contextos,
pela disponibilidade e ajuda.

Às pessoas e famílias a quem prestei cuidados,
pela oportunidade de crescimento e desenvolvimento.

Às amizades preciosas que descobri ao longo deste percurso.

À Catarina e ao Zé, pelo contributo da partilha.

À minha família, pelo apoio incondicional.

A ti, avô.

RESUMO

As doenças cardiovasculares surgem como um problema de saúde global pelo que a compreensão do seu impacto aparece como um eixo central nas estratégias de intervenção de saúde. Em Portugal, os dados estatísticos referentes a estas doenças, nas quais o enfarte se inclui, não escapam à média mundial. A criação da Via Verde Coronária reflete preocupação mas também a importância da celeridade do diagnóstico e tratamento na hipótese de sobrevivência das pessoas com enfarte. A evidência científica sugere a importância da preparação da alta, ao que lhe acresce a especificidade do contexto e, considerando a vulnerabilidade à repetição, a pertinência de estratégias de prevenção secundária após episódios de enfarte (Tygessen, Alpert, Jaffe, Simoons, Chaitman, & White, 2012). Boutilier (2007) refere que a alta das Unidades de Cuidados Intensivos pode ser encarada como uma transição, podendo o processo de transferência ser vivenciado de forma negativa. A criação de um projeto de cuidado transicional à pessoa com enfarte e sua família, na transição da Unidade de Cuidados Intensivos para a enfermaria, exige cuidados de enfermagem especializados na antecipação do risco e na resolução saudável dos fenómenos transicionais.

Pretendendo adquirir competências na área de especialização à pessoa em situação crítica, em particular à pessoa com enfarte e sua família, desenvolvi o estágio em contexto de urgência e de duas unidades do foro cardíaco na área de Lisboa. Este relatório demonstra as atividades desenvolvidas e resultados obtidos nos contextos de estágio, explicitando as competências adquiridas. A metodologia realizada centrou-se na resolução de problemas e na concretização de ações em situação real, incorporando uma atitude reflexiva. Como referencial teórico de enfermagem, fundamentei a minha intervenção em estágio na Teoria das Transições de Meleis.

Palavras-chave: alta da UCI; pessoa e família; transição; enfarte agudo do miocárdio; cuidados de enfermagem.

ABSTRACT

Cardiovascular diseases emerge as global health problem, so the understanding of their impact appears as a central axis in health intervention strategies. In Portugal, statistics related to these diseases, in which the myocardial infarction is included, do not escape to the world average. The use of strategies for shortening door-to-device times in the emergency department for the management of ST elevation myocardial infarction reflects the importance of rapid diagnosis and treatment. Scientific evidence suggests the importance of discharge, in addition to his specific context and considering the vulnerability to repeat, the relevance of secondary prevention strategies after myocardial infarction (Tygessen, Alpert, Jaffe, Simoons, Chaitman, & White, 2012). The discharge from the Intensive Care Units can be seen as a transition and the transfer process can be experienced in a negative way (Boutilier, 2007). The creation of a transitional care project to the person victim of myocardial infarction and his family, in the transition from Intensive Care Units to the ward, requires specialized nursing care in anticipation risk and healthy resolution of transitional phenomena.

In order to acquire skills in the area of specialization in people in critical condition, in particular to the person with myocardial infarction and relatives, I developed work during the internship in emergency service and at two coronary units in Lisbon area. This report shows the activities and results obtained, highlighting the skills acquired. The methodology has focused on problem solving and in the action for real situations, assuming a reflective attitude. As the theoretical background of nursing, I sustained my intervention in Afaf Meleis' transition theory.

Keywords: ICU discharge; person and family; transition; myocardial infarction; nursing.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	11
1 ENQUADRAMENTO TEÓRICO	17
1.1 A alta da UCI	17
1.1.1 Uma transição	18
1.1.2 Da recuperação a um possível problema.....	19
1.2 O cuidado à pessoa com EAM e sua família nas múltiplas transições vivenciadas.....	23
1.2.1 A pessoa e família, no pós EAM: acolhimento na UCI Coronária	27
1.2.2 A transição da UCI para a enfermaria: um processo de construção de autonomia.....	29
1.2.3 A transição do Hospital ao domicílio: um processo de incentivo à manutenção do auto-cuidado	33
2 METODOLOGIA	37
2.1 Planeamento dos Ensinos Clínicos	38
2.2 Ensinos Clínicos.....	38
2.2.1 Ensino Clínico 1: UCI Cardíacos Hospital A.....	39
2.2.2 Ensino Clínico II: SU do Hospital B	47
2.2.3 Ensino Clínico III: UCI Coronários do Hospital C	54
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	63
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	69

APÊNDICES

Apêndice I – Desenho de Projeto “Cuidados Especializados de Enfermagem à pessoa vítima de Enfarte Agudo do Miocárdio e sua família, na transição da UCI para a Enfermaria”

Apêndice II – Folheto “Informações gerais acerca do enfarte agudo do miocárdio” realizado no Ensino Clínico III

Apêndice III – Folheto “Orientações para a cessação tabágica” realizado no Ensino Clínico III

Apêndice IV – Folheto “Orientações para controlo de *stress*” realizado no Ensino Clínico III

Apêndice V – Folheto “Orientações para uma alimentação saudável” realizado no Ensino Clínico III

Apêndice VI – Folheto “Orientações de adesão à medicação” realizado no Ensino Clínico III

Apêndice VII – Folheto “Orientações para o exercício físico e sexualidade” realizado no Ensino Clínico III

Apêndice VIII – Folheto “Orientações para a gestão de situações de emergência” realizado no Ensino Clínico III

Apêndice IX – Apresentação *powerpoint* “A alta da UCI: que realidade? Necessidade de intervenção” realizada no âmbito das 8as Jornadas do Doente Crítico do Centro Hospitalar Lisboa Norte

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Modelo conceptual da alta da UCI	22
Figura 2 - <i>Checklist</i> de otimização do tempo entre o diagnóstico de EAMCSST e tratamento pela cardiologia de intervenção	26
Figura 3 - Recomendações para plano de cuidados após hospitalização e EAMCSST	34

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AVC - Acidente Vascular Cerebral

BPM - Batimentos por minuto

CK - Creatina Quinase

CV - Cardiovascular

DGES - Direção Geral do Ensino Superior

EAM - Enfarte Agudo do Miocárdio

EAMCSST - Enfarte Agudo do Miocárdio com Supra de ST

ECG - Eletrocardiograma

ESC - *European Society of Cardiology*

ESEL - Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

PCI - *Percutaneous Coronary Intervention*

REPE - Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

UCI - Unidade de Cuidados Intensivos

SCA - Síndrome Coronário Agudo

STEMI - *ST Elevation Myocardial Infarction*

SU - Serviço de Urgência

VVC - Via Verde Coronária

INTRODUÇÃO

A sustentabilidade económica dos sistemas de saúde é uma das preocupações atuais nas agendas políticas dos vários países à escala mundial, na defesa acérrima de um bem comum como a qualidade e o acesso de todos os cidadãos à saúde. O uso eficiente dos recursos das Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) afigura-se então como uma prioridade, quer pelos custos inerentes a uma vaga de UCI, quer pela finitude de camas destinadas efetivamente ao tratamento de pessoas em situação crítica, isto é, que necessitem de suporte artificial de uma ou mais funções vitais. Uma cama de UCI representa então a possibilidade de uma vida, ainda que altamente dependente de tecnologia avançada e de cuidados de saúde intensos, ditando a obrigatoriedade da existência de critérios, quer de admissão, quer de alta (Critical Care Medicine, Guidelines for ICU Admission, Discharge, and Triage, 1999)

Apesar de, em Portugal, as admissões nas Unidades Coronárias serem, em grande parte (47%), motivadas por situações clínicas de urgência em cardiologia sem enfarte agudo do miocárdio (EAM) (Coordenação Nacional Doenças Cardiovasculares, 2010), é preconizado que doentes com EAM com elevação do segmento ST sejam admitidos em UCI cardiológicas ou unidades coronárias, a fim de receberem cuidados diferenciados e monitorização contínua, devendo o *staff* estar familiarizado com o manejo de Síndromes Coronárias Agudas (SCA), arritmias, falência cardíaca, suporte ventilatório e hemodinâmico, entre outros (Cardiology, ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST- segment elevation, 2012).

Na verdade, as doenças cardiovasculares (CV) surgem como um problema de saúde global e transversal nas quais a compreensão do seu impacto nas populações se afigura como um eixo central nas estratégias de intervenção. O EAM apresenta-se como sendo a maior causa de morte e de incapacidade no mundo inteiro, podendo ser o primeiro episódio de doença CV ou, por outro lado, ocorrer de forma repetida em pessoas com doença diagnosticada e risco CV calculado (Tygessen, Alpert, Jaffe, Simoons, Chaitman, & White, 2012). Curiosamente, a Organização

Mundial de Saúde (OMS) declara que 75% da mortalidade associada à doença CV é passível de ser minimizada com base na modificação dos estilos de vida da população, sendo que, é no reconhecimento da aterosclerose como condição progressiva que a prevenção, quer primária, quer secundária das doenças CV, ganha sentido (Perk et al., 2012). Corroborando estes números, dados estatísticos europeus apontam igualmente a doença CV como sendo a principal causa de morte na Europa, ainda que com diferenças significativas nos índices de mortalidade nos diversos países. Em Portugal, 31670 óbitos, de um total de 103203, devem-se a doenças do aparelho circulatório, assumindo-se como uma das principais causas de morte e situadas ao lado de tumores malignos, conforme dados divulgados no Anuário Estatístico referente a 2011.

Atualmente, é internacionalmente aceite a extensão da responsabilidade do cuidar a pessoa em situação crítica para lá do internamento em UCI (Anger & Carlus, 2003 cit. por Storli, Holme, & Gjenjedal, 2010), sendo as implicações desta experiência e a alta da UCI, nas transições para a enfermaria e domicílio objetos de preocupação, estudo e necessidade de intervenção.

Meleis (2010, p. 11) apresenta as transições como “diferentes estádios dinâmicos, marcos e pontos de viragem, podendo ser definidas por meio de processos e resultados” e, simultaneamente, despoletadas por eventos críticos e mudanças no indivíduo ou ambiente. O enfermeiro, enquanto principal cuidador dos indivíduos e famílias sujeitos a um processo de transição, surge como figura central na gestão de possíveis vulnerabilidades. Já Benner, Kyriakidis, & Stannard (2011) destacam a antecipação do risco e prevenção de problemas potenciais, numa perspectiva de “quase premeditação” clínica como função efetiva do enfermeiro de UCI .

A possibilidade da persistência a longo prazo de sequelas psicológicas e limitações de índole física ou social ditou a necessidade de criação de programas de *follow-up* (Storli, Holme, & Gjenjedal, 2010), sendo estes encarados como agentes catalisadores de mudança (Chaboyer, Lin, & Foster, 2012). A procura da atribuição de significado à experiência de doença crítica e a necessidade de organização de fragmentos de memórias (Storli & Lind, The meaning of follow-up in intensive care: patient’s perspective, 2009) levaram à construção de diários em UCI como forma de

relato da evolução clínica e do plano de reabilitação da pessoa doente. Na Escandinávia, o recurso à escrita de diários é uma realidade, surgindo como um ato de cuidado mas também com intencionalidade terapêutica (Storli, Holme, & Gjenjedal, 2010). Atendendo às múltiplas transições vivenciadas desde a UCI até ao regresso a casa, o envolvimento mútuo das equipas dos diferentes setores de cuidados contribui para a resolução de possíveis problemas associados à alta da UCI, ainda que pareça existir uma maior preocupação face à transição hospital-domicílio em detrimento da transição UCI-enfermaria.

De acordo com Boutilier (2007), a alta da UCI pode efetivamente ser encarada como uma transição, sendo o processo de transferência passível de ser interpretado sob diferentes óticas e analisado segundo múltiplos fatores. Ainda que, maioritariamente, signifique uma evolução clínica positiva, este processo de transferência pode ser vivenciado de forma negativa no qual *stress*, angústia, incerteza e sofrimento são exemplos de alguns sentimentos verbalizados pelos indivíduos e famílias. Stelfox, et al. (2013) sublinham igualmente que problemas e eventos adversos podem ocorrer durante o processo de transferência, na medida em que as transições entre os setores de cuidados se revelam como períodos de vulnerabilidade e risco devendo estas representar movimentos seguros e eficientes, atempados e integrados no *continuum* de cuidados (Chaboyer, Kendall, & James, Transitional Care after Intensive Care Unit: Current Trends and Future Directions, 2005).

Por outro lado, assiste-se a uma redução progressiva do tempo de internamento depois do EAM, especialmente após uma revascularização miocárdica de sucesso (Cardiology, ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST- segment elevation, 2012) contudo, a curta permanência hospitalar poder-se-á revelar limitativa para a realização de uma educação adequada e para a titulação de programas de prevenção secundária. Paralelamente, estudos científicos relatam melhores *outcomes* mediante o uso de modelos centrados na pessoa e família (Davidson, Powers, Hedayat, & Tieszen, 2007), o que dita a obrigatoriedade de formalização da pessoa e sua família como unidades de cuidado.

Desta forma, decidi aprofundar conhecimentos de enfermagem no âmbito desta problemática, prevendo o desenvolvimento de competências individuais não só na prestação de cuidados especializados à pessoa com EAM e sua família em contexto de urgência, hemodinâmica e UCI coronários, como também na prestação de cuidados transicionais, nomeadamente na preparação da alta e atendendo às transições UCI-enfermaria e hospital-domicílio. Para tal, a escolha dos locais de ensino clínico recaíram sobre dois hospitais especializados no foro cardíaco na área da grande Lisboa e sobre um serviço de urgência (SU) do centro hospitalar de um deles.

O percurso documentado neste relatório pretende não só apresentar a minha capacidade para a ação como também a capacidade de reflexão na e sobre a ação, com base na convicção de que a reflexão, questionamento e conceptualização das práticas se assume como pedra basilar na melhoria da qualidade dos cuidados de saúde. De facto, à responsabilidade da ação do enfermeiro une-se o impacto das suas intervenções na vida dos outros e no nível de complexidade que caracteriza as relações de cuidado. A valorização do processo formal de sustentação da prática, enquanto forma de responsabilização e de aquisição de conhecimentos e competências, visa a realização de práticas o mais seguras possíveis e, portanto, a proteção da vulnerabilidade do doente e sua família.

Atendendo ao modelo de Dreyfus de aquisição de competências aplicado à enfermagem, e definidos por Benner (2001), às competências instrumentais, interpessoais e sistémicas definidas nos Descritores de Dublin (DGES, 2000), ao perfil de competências definido pela Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL) para o curso de mestrado em enfermagem, área de especialização pessoa em situação crítica (ESEL, 2010), ao regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista e ao regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem à pessoa em situação crítica (OE, 2010a; OE, 2010b), considereei como competências a atingir as abaixo referidas:

- Promover práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais;
- Conceber, gerar e colaborar em programas de melhoria contínua da qualidade dos cuidados;

- Criar e manter um ambiente terapêutico e seguro;
- Gerir os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional;
- Basear a praxis clínica em sólidos e válidos padrões de conhecimento;
- Cuidar da pessoa e família a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica.

Posto isto, defini como objetivos gerais para o meu trabalho de projeto, os abaixo apresentados:

- Desenvolver competências de enfermagem especializadas à pessoa com EAM e sua família, na transição da UCI para a enfermaria;
- Elaborar um projeto de cuidado transicional à pessoa com EAM e família, considerando a preparação para a alta e a transição da UCI para a enfermaria.

Como objetivos específicos foram delineados os infra descritos:

- Aplicar a melhor evidência científica e princípios de ética profissional na prestação de cuidados à pessoa com EAM e sua família;
- Conhecer o percurso da pessoa com EAM em contexto de urgência, hemodinâmica e UCI;
- Planear precocemente a alta com vista à antecipação do risco e prevenção de eventuais problemas que lhe possam estar associados;
- Identificar cuidados transicionais facilitadores à continuidade de cuidados, considerando a transição da UCI para a enfermaria e a preparação para a alta.

Como referencial teórico de enfermagem utilizarei a Teoria das Transições de Afaf Meleis, permitindo-me uma melhor compreensão da pessoa e família em mudança. De facto, as situações de saúde ou de doença criam processos de transição, nos quais os indivíduos tendem a ser mais vulneráveis, acarretando maiores riscos para a sua saúde (Meleis, Sawyer, Im, Messias & Schumacher, 2000).

O documento de seguida apresentado encontra-se dividido em duas partes distintas. Na primeira parte, o leitor é situado no quadro teórico que sustentou toda a prática clínica e são-lhe apresentados os conceitos chave que se revelaram

verdadeiros fios condutores de todo o percurso realizado. A procura do estado da arte levou-me à realização de pesquisa na ESBCO, nomeadamente, na *MedLine* e na *Cinhal Plus Full Text*. Ainda que vários tenham sido os momentos de pesquisa, os descritores utilizados foram: *ICU discharge, person and family, transition, myocardial infarction* e *nursing*. Como limitadores da pesquisa, defini a faixa etária *All adult* e *Full text* bem como limite temporal de cinco anos, ainda que este tenha acompanhado a pesquisa ao longo do tempo. Alguns artigos foram ainda recomendados por professores ou enfermeiros colegas e recorri, igualmente, à pesquisa em algumas bibliotecas de forma a complementar alguns aspetos.

A segunda parte conta com a descrição e reflexão das atividades desenvolvidas em contexto clínico, bem como os resultados atingidos. Em jeito de finalização, são apresentadas algumas considerações e perspetivas de desenvolvimento futuro.

1 ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Seguindo o relatório de estágio que incide na problemática do cuidar à pessoa com EAM e sua família, na transição da UCI para a enfermaria, importa explicitar alguns conceitos e alguns aspetos relevantes para a problemática em análise.

1.1 A alta da UCI

Como pano de fundo do ter alta da UCI, é possível existir cenários bem distintos importando, de antemão, a compreensão do que lhe pode estar subjacente. Se, por um lado, a estabilização ou melhoria clínica da pessoa doente pode ditar a não mais necessidade de um cuidado intenso, por outro, ao invés, a decisão de não mais investimento invasivo pode conduzir à opção de se equacionar a transferência para um outro serviço na procura do melhor interesse para a pessoa e sua família (Critical Care Medicine, Guidelines for ICU Admission, Discharge, and Triage, 1999). Atendendo à missão de uma UCI, na sua capacidade de resposta no cuidado a pessoas em situação crítica em falência de órgão ou multiorgânica, coexiste uma necessidade clara de gestão da sua lotação. Na verdade, a necessidade de resposta a doentes críticos de maior gravidade poderá ser um fator de agravamento de altas não planeadas e indevidamente preparadas.

Boutilier (2007) refere que, em ambientes de cuidados de saúde, as transferências de doentes de um serviço para o outro são frequentes, podendo desencadear efeitos negativos, quer físicos quer psicológicos. Chaboyer W., Kendall, Kendall, & Foster (2005) acrescentam que a alta da UCI se assume como sendo uma das experiências mais stressantes para os indivíduos e suas famílias.

1.1.1 Uma transição

Atualmente o conceito de transição tem sido bastante desenvolvido e aplicado no âmbito dos cuidados de saúde. Na verdade, “as transições são caracterizadas por diferentes estádios dinâmicos, marcos e pontos de viragem, podendo ser definidas por meio de processos e resultados” (Meleis, 2010, p.11) e, simultaneamente, despoletadas por eventos críticos e mudanças no indivíduo ou ambiente.

Idealmente, as transições devem representar movimentos seguros e eficientes entre os diferentes setores de cuidados de saúde e em virtude do melhor para o indivíduo, ainda que se apresentem como períodos de vulnerabilidade (Stelfox, et al., 2013). Os indivíduos gravemente doentes que careceram de internamento em UCI experienciam múltiplas transições, em conformidade com os diversos níveis de cuidados.

Da teoria das transições de Afaf Meleis, emerge a convicção profunda de que as experiências transicionais são centrais para a missão da enfermagem, visando sempre a excelência dos cuidados. A prevenção de riscos, a promoção de bem-estar, a maximização da capacidade funcional e incentivo ao autocuidado são resultados esperados nas intervenções de enfermagem. Paralelamente, importa conceber que o cuidado perante as experiências transicionais apenas se mostra possível perante a compreensão das experiências da pessoa doente e sua família (Chaboyer W. , Intensive Care and beyond:improving the transitional experiences for critically ill patients and their families, 2006).

1.1.2 Da recuperação a um possível problema

A pessoa que esteve internada numa UCI experiencia múltiplas transições até ao seu regresso a casa, sendo possível identificar diferentes tipos de transições em redor de todo este período. Assumindo não só esta multiplicidade mas também a complexidade dos processos transicionais, torna-se fundamental atender aos modelos das transições significativas para o indivíduo e família em detrimento de um olhar focado num único tipo de transição (Meleis, Sawyer, Im, Messias & Schumacher, 2000). De facto, para além da simultaneidade das transições saúde-doença e organizacional envolvidas nos processos de transferências entre setores de saúde, a família é adicionalmente confrontada com um novo papel de acompanhamento do seu familiar, numa lógica de transição situacional e podendo esta envolver “a adição ou a subtração de pessoas numa constelação preexistente de papéis e complementos. (...) Cada situação requer definição e redefinição dos papéis envolvidos na constelação.” (Meleis, 2010, p. 15).

O processo de transferência, enquanto transição, assume características essencialmente positivas, no entanto apresenta-se por vezes como uma situação geradora de ansiedade e insegurança para o próprio indivíduo e para as famílias (Boutilier, 2007) e, podendo ocorrer alguns problemas e eventos adversos (Stelfox, et al., 2013). Vários domínios de intervenção são apresentados a fim de minimizar os efeitos psicológicos decorrentes da transferência e de integrar a alta da UCI no *continuum* de cuidados, nos quais se destaca a melhoria na comunicação, quer no seio da equipa de cuidados, quer para com a pessoa e sua família (Boutilier, 2007).

A alta da UCI deve então efetivamente ser planeada de forma a ser segura, eficiente, atempada e perfeitamente fluida e harmoniosa no processo de continuidade de cuidados (Chaboyer W., Kendall, Kendall, & Foster, 2005) (Stelfox, et al., 2013). Meleis (2010, p.69) apresenta as transições enquanto “ (...) processos graduais e progressivos no tempo, com um sentido de fluidez e movimento”.

Sentimentos como confusão, medo, raiva ou mesmo sensação de abandono são sentimentos possíveis de ocorrer e, frequentemente associados ao *Relocation Stress Syndrome* ou *Transfer Anxiety* (Chaboyer W., Kendall, Kendall, & Foster, 2005), sendo este definido como o conjunto de “distúrbios fisiológicos e/ou

psicossociais decorrentes da mudança de um ambiente para outro” (Johnson, Bulechek, Butcher, Dochterman, Maas, & Moorhead, 2009, p.460)

De facto, na enfermaria o indivíduo deixa de estar monitorizado 24 horas por dia e o *ratio* enfermeiro doente é também diferente, podendo não ser evidente para o indivíduo e família a razão destas alterações. Cumulativamente, a mudança nas relações interpessoais, no ambiente, nos cuidados, na informação e na independência são situações que podem reportar o indivíduo e família a desencadear *Relocation Stress Syndrome* ou *Transfer Anxiety* (Chaboyer W., Kendall, Kendall, & Foster, 2005).

No estudo de Chaboyer, Kendall, Kendall, & Foster (2005) são apresentados alguns sentimentos decorrentes da transferência da UCI para a enfermaria tais como a sensação de abandono num período de transição pelos enfermeiros da UCI e pelos quais nutrem especial afeto e quase devoção, como também de vulnerabilidade e desamparo no momento da transferência. Por outro lado, dúvidas e incertezas sobre o futuro acerca da real melhoria clínica do indivíduo ou ainda o sentimento de desvalorização perante os cuidados de atenção intensa na UCI revelam-se de difícil compreensão e aceitação não só para os próprios indivíduos mas também para as famílias, que pretendem os melhores cuidados para o seu familiar. O entusiasmo para com o progresso da recuperação funde-se com o medo que o acompanha, gerando sentimentos de ambivalência profunda.

Desta forma, torna-se crucial que os enfermeiros tenham em mente os problemas que podem surgir durante o processo de transferência da UCI para a enfermaria e que sejam capazes de delinear estratégias facilitadoras, a fim de tornar esta experiência o mais positiva possível (Boutilier, 2007). Apenas uma verdadeira compreensão destas experiências permitirá a implementação de um cuidado transicional facilitador e de uma capacitação efetiva do indivíduo e família (Chaboyer W., Kendall, Kendall, & Foster, 2005).

A evidência científica indica claramente a possibilidade de algumas implicações a curto e médio prazo relacionadas com as transições vividas não só pelos indivíduos em UCI como pelas suas famílias, implicações que podem exacerbar-se quando o cuidado transicional se mostra inapropriado. Assim, torna-se imperativo a identificação dos indivíduos em risco e a instituição de estratégias

dirigidas de forma a colmatar as dificuldades aquando da transição (Chaboyer, Kendall, & James, Transitional Care after Intensive Care Unit: Current Trends and Future Directions, 2005).

Numa tentativa da melhoria assistencial à pessoa e sua família em UCI e atendendo à identificação de inúmeros distúrbios físicos e emocionais na pessoa pós alta, surgiu a criação de gabinetes de *follow-up*, não só internacionalmente mas também em Portugal, fazendo emergir a necessidade do relato de experiências e a atribuição de significado à experiência vivida. Na Escandinávia, recorre-se à escrita de diários com imagens fotográficas e oferecido aquando da alta, a fim de se dar forma à experiência de internamento em UCI e de se preencher este hiato possível de existir na transição saúde-doença (Storli, Holme, & Gjenjedal, 2010). No mundo, nomeadamente na Austrália, discute-se a criação de enfermeiros de ligação, obrigatoriamente com experiência em UCI, cuja função seria o apoio efetivo da pessoa e sua família na transição UCI para um nível de cuidados dito de inferior diferenciação (Chaboyer, Kendall, & James, Transitional Care after Intensive Care Unit: Current Trends and Future Directions, 2005). No entanto, apesar do relato exaustivo das atividades a concretizar por este enfermeiro de ligação, a falta de evidência custo benefício limita ainda a sua implementação atual.

Estudos científicos relatam melhores *outcomes* mediante o uso de modelos centrados na pessoa e família (Davidson, Powers, Hedayat, & Tieszen, 2007). Chaboyer, Kendall, & James (2005) sublinham a continuidade de cuidados como crucial no atingimento dos melhores *outcomes* para a pessoa em UCI, o que, de facto, sugere a necessidade de que a alta da UCI seja preparada de forma individual visando os melhores resultados possíveis na prevenção de riscos e problemas potenciais como também na maximização das capacidades remanescentes da pessoa e sua família (Meleis, 2010). Stelfox, et al.(2013) debruçam-se sobre as questões de transferência da responsabilidade de cuidados, afirmando que aproximadamente 1 em 12 doentes com alta da UCI é readmitido ou morre antes da transição hospital domicílio. Com base nestes números, Stelfox, et al.(2013) constrói os alicerces de um protocolo de ação estruturado para a alta da UCI explicitando objetivos, indicadores de estrutura e de processo e *outcomes* esperados, conforme a tabela abaixo apresentada.

IOM aims	Structure (discharge tool)	Process	Outcome
Safe	Risk stratification	Patient to right ward	↓ ICU readmission
Effective	Medication reconciliation	Right medications	↓ Adverse event
Efficient	Information for providers	Providers informed	↓ Duplication of tests
Timely	Risk stratification	Discharged when ready	↓ Length of stay
Patient-centered	Information for patients	Patients engaged	↑ Patient satisfaction
Equitable	Checklist	Equal access	↓ Inequalities

*Table populated with sample tool components and consequent processes and outcomes.
ICU, intensive care unit; IOM, Institute of Medicine.

Figura 1 - Modelo conceptual da alta da UCI (Stelfox, et al., 2013, p. 4)

Já por cuidado transicional entende-se os “cuidados providenciados antes, durante e após a alta da UCI para um outro serviço, a fim de assegurar uma disrupção mínima e uma continuidade de cuidados adequada” (Chaboyer, Kendall, & James, Transitional Care after Intensive Care Unit: Current Trends and Future Directions, 2005, p.16). Desta forma, atividades transicionais, claras e exequíveis, deverão ser empregues a fim de facilitar a mudança, permitindo que a transição possa ocorrer de forma suave e harmoniosa.

Um leque de intervenções deve então ser implementado, tais como a educação ao indivíduo e família, treino e antecipação das eventuais necessidades pós alta, desmame dos ditos cuidados tecnológicos da UCI, distribuição de panfletos e um plano de preparação para a alta que reflita um protocolo estruturado de educação a ser iniciado desde a admissão na UCI. O internamento na UCI deverá ainda ser apresentado como transitório e envolvida a família no planeamento da transferência logo que possível, colocando esta possibilidade como sinal de recuperação e progresso.

Por seu lado, Meleis (2010) apresenta a preparação antecipatória como atividade facilitadora da experiência transicional, quer na gestão de expectativas, quer na mobilização de estratégias adequadas à vivência da transição (p.60). O incentivo à autonomia, ao autocuidado e à colocação de dúvidas bem como o promover a obtenção de informação clínica detalhada e atualizada podem ainda mostrar-se úteis (Chaboyer, Kendall, & James, Transitional Care after Intensive Care Unit: Current Trends and Future Directions, 2005).

1.2 O cuidado à pessoa com EAM e sua família nas múltiplas transições vivenciadas

Sendo o EAM a maior causa de morte e de incapacidade no mundo inteiro e podendo ocorrer de forma única ou, ao invés, de modo repetido (Tygessen, Alpert, Jaffe, Simoons, Chaitman, & White, 2012, p.3), parece consensual a necessidade de preocupação das entidades de saúde a diferentes níveis, quer no conhecimento dos problemas atuais, quer na redefinição de estratégias de intervenção. Por outro lado, o EAM é considerado indicador de um dos principais problemas de saúde no mundo (doenças CV) e, simultaneamente, resultado de triagens clínicas, estudos observacionais e programas qualificados de assistência (Tygessen, Alpert, Jaffe, Simoons, Chaitman, & White, 2012, p.3).

Desta forma e em virtude de uma melhor compreensão do fenómeno em estudo, importa esclarecer, de antemão, a definição de EAM. Não obstante, o desenvolvimento cada vez maior de marcadores bioquímicos específicos e de exames imagiológicos progressivamente mais sensíveis e, portanto, de maior utilidade clínica, a OMS apresenta o diagnóstico de EAM tendo como fundamento a sintomatologia, as alterações do electrocardiograma (ECG) e a elevação das enzimas cardíacas. Já a *European Society of Cardiology* (ESC) apresenta uma definição consensual de EAM, sugerindo que o termo deverá ser utilizado perante evidência de necrose miocárdia num cenário clínico de isquémia cardíaca. As presentes *guidelines* dizem respeito a doentes com sintomas de isquémia e com elevação persistente do segmento ST no ECG como também a elevação dos marcadores cardíacos Creatina Quinase (CK) e Troponina. (Cardiology, ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST- segment elevation, 2012).

De acordo com dados estatísticos internacionais, as doenças CV, nas quais se incluem a doença coronária, Acidente Vascular Cerebral (AVC) e doença de vasos sanguíneos, são responsáveis por 17,3 milhões de mortes ao ano, assumindo-se como uma das principais causas de mortalidade a nível mundial. De facto, dos 57 milhões de mortes no mundo, 30% das mortes (17,3 milhões) são de causa CV (World Heart Federation, 2011, p. 16). Corroborando estes números,

dados estatísticos europeus apontam igualmente a doença CV como sendo a principal causa de morte na Europa, ainda que com diferenças significativas nos índices de mortalidade nos diversos países, enquanto que a doença coronária surge como responsável de 1,8 milhões de mortes, por ano (Cardiology, 2012).

Em Portugal, 31670 óbitos, de um total de 103203, devem-se a doenças do aparelho circulatório, assumindo-se como uma das principais causas de morte e situadas ao lado de tumores malignos, conforme dados divulgados no Anuário Estatístico referente a 2011. Numa outra ótica, em 2011 “ (...) a mortalidade por doenças do aparelho circulatório foi de 3,0 óbitos por mil habitantes” (Instituto Nacional de Estatística, Edição 2012, p.174).

Uma larga proporção das doenças CV são potencialmente prevenidas (W.Federation, 2011), ainda que as intervenções, de índole preventiva, se revelem insuficientes ou inadequadas. Inúmeros estudos têm sido realizados de forma a objetivar as mais-valias da prevenção primária ou secundária, no âmbito da doença CV. Atendendo ao facto de que, o EAM poderá ser a primeira manifestação de doença coronária e tornar-se numa identidade nosológica recorrente, parece ser preponderante a pertinência de ações dirigidas à possibilidade de re-enfarte ou de outro risco CV.

O EAM em fase aguda é uma condição de doença grave potencialmente fatal, senão tratada de forma adequada e em tempo útil. Não obstante, o incremento tecnológico na área da saúde, especialmente os avanços na área da hemodinâmica, permitem atualmente que a situação de lesão coronária possa ser resolvida rápida e eficazmente por angioplastia primária, na maioria das vezes e corretamente vigiada em UCI coronárias.

No que diz respeito à epidemiologia do EAM com supra ST (EAMCSST), a incidência das admissões hospitalares varia largamente nos diferentes países pertencentes à ESC, ao mesmo tempo que a incidência do EAM com supra ST decai comparativamente ao EAM sem elevação do segmento ST (Cardiology, ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST- segment elevation, 2012). Por outro lado, vários fatores são apontados como fatores de influência na mortalidade por EAM com supra ST, no entanto sublinham-se alguns estudos atuais que relatam uma diminuição na mortalidade,

quer na fase aguda, quer a longo termo, perante a instituição de terapia de revascularização precoce, intervenção coronária percutânea primária, terapêutica anti-trombótica moderna e tratamentos de prevenção secundária (Cardiology, ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST- segment elevation, 2012).

Posto isto, parece unânime que a celeridade do processo da chegada ao hospital surge como pedra angular na hipótese de sobrevivência das pessoas vítimas de EAM. Na verdade, a mortalidade associada ao EAM surge como superior a 90% quando o período de tempo decorrido, desde o início da sintomatologia até à possibilidade de observação, diagnóstico, acompanhamento e intervenção hospitalar, é curto (Werdan, Rub, Buerke, Delle-Karth, Geppert, & Schöndule, 2012), na medida em que o benefício da terapêutica de reperfusão na redução da mortalidade relaciona-se diretamente com a sua utilização precoce, constatando-se um maior benefício na primeira hora (Pinto, Lunet, & Azevedo, Sensibilidade e especificidade do Sistema de Manchester na triagem de doentes com síndrome coronária aguda, 2010).

A criação das vias verdes das doenças CV reflete o elevado grau de criticismo dos processos agudos subjacentes, quer ao AVC, quer aos SCA, mostrando uma intenção e preocupação claras das organizações de saúde, no estabelecimento de corredores rápidos de chegada ao hospital destas situações. A Via Verde Coronária (VVC) em Portugal, enquanto “ (...) estrutura organizativa, representa um investimento de recursos materiais e humanos” (p.5), prevendo a redução da morbilidade e mortalidade decorrente do EAM, em virtude do aumento da rapidez do processo (Coordenação Nacional Doenças Cardiovasculares, 2010). Assim, a eliminação de passagens desnecessárias ou transições que se revelem pouco úteis torna-se fundamental, uma vez estabelecido o diagnóstico de EAM com supra de ST e a necessidade imperiosa de resolução da causa isquémica pela cardiologia de intervenção.

A sinalização precoce de situações de EAMCSST com indicação imediata de seguimento para uma sala de hemodinâmica poderá vir então do SU que terá conseguido triar, de forma adequada, a dor torácica sugestiva de SCA e concretizar, no tempo útil de 10 minutos, a realização de um ECG, ou, por outro lado, da

emergência pré-hospitalar capaz de estabelecer contato com o hospital e equipa da cardiologia de intervenção (O’Gara & et al, 2013). O *American College of Cardiology Foundation* e a *American Heart Association* apresentam, nas suas *guidelines* de 2013, uma *checklist* a usar pelo pré-hospitalar, a fim de encurtar o tempo diagnóstico-intervenção, conforme abaixo se pode visualizar.

Checklist. Improving Door-to-Device Times

1. Prehospital ECG to diagnose STEMI is used to activate the PCI team while the patient is en route to the hospital.
2. Emergency physicians activate the PCI team.
3. A single call to a central page operator activates the PCI team.
4. Goal is set for the PCI team to arrive in the catheterization laboratory within 20 minutes after being paged.
5. Timely data feedback and analysis are provided to members of the STEMI care team.

Figura 2 - Checklist de otimização do tempo entre o diagnóstico de EAMCSST e tratamento pela cardiologia de intervenção (O’Gara & et al, 2013, p. 88)

A ressaltar que, a espera de resultados, tratamentos ou decisões clínicas ou mesmo a antecipação de más notícias, colocam a pessoa e sua família numa vivência sucessiva de transições. Pretende-se assim, uma vez estabelecido o diagnóstico de EAMCSST e realizado o contacto telefónico com os pontos de referência para a VVC ou mesmo, eventualmente, o envio do ECG por telemedicina, que a pessoa siga de forma imediata para a sala de hemodinâmica, o que poderá ditar a obrigatoriedade de realização de transporte inter-hospitalar pela equipa do SU.

Após o apresentado, atendendo ao percurso da pessoa a experienciar uma situação de EAM e às múltiplas transições com que se vê confrontado, a presença do enfermeiro destaca-se nos diferentes setores de cuidados, desde o SU, à cardiologia de intervenção e à UCI coronária.

1.2.1 A pessoa e família, no pós EAM: acolhimento na UCI Coronária

O conceito de transição é um conceito amplamente utilizado nas teorias de desenvolvimento bem como nas teorias de adaptação e *stress*, incorporando as continuidades e descontinuidades dos processos de vida dos indivíduos. As transições, inevitavelmente, entrelaçadas com a mudança e desenvolvimento, apresentam-se como focos de interesse e preocupação para a enfermagem, atendendo à sua natureza e aos diversos tipos (Meleis, 2010).

Apesar de, em Portugal, 47% das admissões nas Unidades Coronárias serem motivadas por situações clínicas de urgência em Cardiologia sem EAM (Coordenação Nacional Doenças Cardiovasculares, 2010), é preconizado que doentes com EAMCST sejam admitidos em UCI (Cardiology, ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST- segment elevation, 2012), a fim de receberem cuidados diferenciados e monitorização contínua pelo risco arritmogénico elevado (extrassistolia de reperfusão miocárdica). Por outro lado e, valorizando os mecanismos fisiológicos da aterosclerose, importa não negligenciar o risco acrescido e a possibilidade de outros eventos cardiovasculares no pós enfarte, corroborando a absoluta necessidade de vigilância neste período.

Um processo de doença crítica de um indivíduo afeta profundamente toda a sua família (Kaakinen, Coehlo, Gelady-Duff, & Hanson, 2010). De inúmera literatura e também da prática profissional, sobressai que o indivíduo e família são indissociáveis, portanto, cuidar do outro implica a compreensão da dinâmica familiar do indivíduo e a extensão do cuidado de enfermagem aos familiares ou pessoas significativas.

Da evidência científica ressalta que as famílias, em confronto com processos de doença crítica de um familiar que necessite de internamento em UCI, têm necessidades de cuidados próprios. A necessidade de informação é crucial mas, de forma paralela, surgem também as necessidades de suporte e de proximidade, de segurança e de conforto (Verhaeghe, Defloor, Van Zuuren, Duijnste, & Grypdonck, 2005), pelo que, quando as famílias não se sentem tidas em conta é fácil surgirem alguns atritos das mesmas com os profissionais de saúde. Conhecendo de antemão

estas necessidades da família e a sua importância no acompanhamento, tratamento e reabilitação da pessoa doente, as UCI devem valorizar também as famílias na sua esfera de cuidados. No entanto, pelas razões mais diversas, nem sempre as lógicas dos serviços ou a cultura organizacional priorizam as necessidades dos familiares. Por outro lado, o sofrimento atroz e mesmo o desespero com que as famílias convivem, fragilizam-nas e colocam-nas numa situação de maior vulnerabilidade. Cabe aos profissionais de saúde, nomeadamente aos enfermeiros, saber identificar e intervir nestas situações e, eventualmente sinalizá-las à equipa multidisciplinar.

O acolhimento na UCI coronária da pessoa e sua família após tratamento da lesão por angioplastia primária reúne um conjunto de intervenções de enfermagem altamente especializadas, não só na monitorização das funções vitais e no controlo analítico da enzimologia cardíaca, mas também no controlo da dor e no acompanhamento à beira leito do indivíduo e família após uma situação potencialmente fatal.

A duração do internamento em unidades especializadas, ou no hospital, deve ser concebida e avaliada de forma individual, considerando a situação médica e social do indivíduo e morbilidades associadas. De forma paralela, assiste-se gradualmente a uma redução progressiva do tempo de internamento depois do EAM, especialmente após uma revascularização de sucesso, não se verificando qualquer relação com mortalidade posterior, o que sugere que a alta precoce é uma situação a ser considerada (Cardiology, ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST- segment elevation, 2012). No entanto, a curta permanência hospitalar poder-se-á revelar limitativa para a realização de uma educação adequada e para a titulação de programas de prevenção secundária, pelo que deverão ser oferecidos a estes indivíduos consultas precoces posteriores à alta bem como a opção de frequência em programas formais de reabilitação cardíaca (Cardiology, ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST- segment elevation, 2012).

As transições de saúde-doença, organizacionais e transições situacionais destacam-se, especialmente, na abordagem à pessoa e sua família aquando da alta da UCI, nomeadamente na transição para a enfermaria, atendendo, de forma respetiva, à evolução clínica favorável do indivíduo, às próprias dinâmicas

hospitalares de articulação de cuidados entre os diferentes setores de saúde e, por fim, ao novo papel que a família se vê confrontada. Ainda que importe conceber estas transições na sua relação de sequência ou simultaneidade, sublinha-se a importância de as compreender numa relação de reciprocidade e de interligação.

Segundo Afaf Meleis (2010), no âmbito das condições comunitárias os enfermeiros apresentam-se como figuras chave no apoio aos indivíduos em transição, lado a lado de familiares e amigos, podendo tornar a experiência da alta da UCI o mais positiva possível. As intervenções de enfermagem, segundo Chick e Meleis (2010), visam, acima de tudo, o encontro de estratégias e de pontos de atuação mais eficientes na ajuda à vivência de transições saudáveis, podendo estas ser categorizadas em promotoras, preventivas ou interventivas. Na verdade, o enfermeiro enquanto um agente catalisador à mudança pode desenvolver intervenções ora inibidoras, ora facilitadoras às experiências de transição (Meleis, 2010).

1.2.2 A transição da UCI para a enfermaria: um processo de construção de autonomia

Um quadro referencial consistente permite a identificação de estratégias e intervenções dirigidas a pessoas em transição. A aplicação da teoria aos problemas emergentes na prática de cuidados pode ser facilitadora na sua resolução e no processo de tomada de decisão. As experiências de transição, interações e condições ambientais podem expor os indivíduos a potenciais lesões, recuperações problemáticas ou inadequadas e o não desenvolvimento de um *coping* atempado e saudável (Meleis, Sawyer, Im, Messias & Schumacher, 2000). Os pontos de transição devem então ser analisados mediante a identificação dos seus componentes e enquadrados numa perspetiva de articulação e visibilidade das interações dos elementos definidos (Meleis, Sawyer, Im, Messias & Schumacher, 2000).

O conhecimento prévio referente ao EAM é um importante fator preditivo de complicações pós evento (McKinley, et al., 2012), pelo que a implementação de estratégias que visem a compreensão e controlo da doença cardíaca reduz

efetivamente a possibilidade de complicações posteriores. Por outro lado, a ansiedade persistente pode afetar a recuperação de um evento coronário agudo, bem como aumentar mesmo o risco de re-enfarte, ainda que a associação entre a ansiedade e *outcomes* não seja efetivamente conhecida (McKinley, et al., 2012).

Na verdade, a modificação dos fatores de risco após um evento coronário afigura-se como imperativa e a implementação de estratégias de intervenção deve ser realizada de forma contínua a fim de apoiar uma mudança comportamental consistente e, conseqüentemente, diminuir o risco de futuros episódios (Fernandez, Davidson, Griffiths, Juergens, & Salamonson, 2009). A adoção de um estilo de vida adequado à minimização dos fatores de risco modificáveis bem como a progressão da doença CV revela-se crucial.

O indivíduo com EAM, quer este seja inaugural quer repetido, convive diariamente com algumas condições crônicas, tais como a hipertensão, dislipidemia, aterosclerose ou insuficiência cardíaca, suscetíveis de lhe colocarem algumas limitações na realização das suas atividades de vida diária. É esta índole de cronicidade e de eventual limitação funcional (Chesnay & Anderson, 2012) que o coloca numa posição individual de vulnerabilidade e, simultaneamente, pertencente a um grupo particularmente vulnerável.

Internacionalmente, encontram-se descritos alguns programas com uma panóplia de ações preventivas centradas na alteração dos fatores de risco, associados à doença coronária, passíveis de ser modificáveis, nomeadamente na modificação de estilos de vida não saudáveis como a obesidade, o tabagismo e consumo de álcool, o sedentarismo, entre outros. Na verdade, ações dirigidas à possibilidade de re-enfarte, valorizando a importância da estratificação do risco CV ganham sentido também no âmbito nacional.

Não obstante esta realidade, os indivíduos (e suas famílias) gravemente doentes e que requerem cuidados de UCI são, adicionalmente, colocados numa experiência atroz de vulnerabilidade de arestas multidimensionais (McKinley, Nagy, Stein-Parbury, Bramwell, & Hudson, 2002), relacionando-a com a vivência de algumas situações adversas. Algumas estratégias são apresentadas como minimizadoras, dentro das quais a transmissão de informação, estabelecimento de comunicação efetiva, prestação de cuidados individualizados, com a antecipação de

algumas necessidades e envolvimento da família (McKinley, Nagy, Stein-Parbury, Bramwell, & Hudson, 2002).

Por outro lado, o curso do internamento do indivíduo com EAM é caracterizado por reações extremas de *stress*, na medida em que o conceito de si próprio se altera perante a falta de autonomia e dependência dos outros (Dracup, Meleis, Baker, & Patricia Edlefsen, 2010).

Na teoria das transições de Afaf Meleis surgem como conceitos centrais a natureza das transições, as condições facilitadoras e inibidoras, os modelos de resposta e as intervenções terapêuticas de enfermagem (Meleis, Sawyer, Im, Messias & Schumacher, 2000), fornecendo uma estrutura sistemática, descritiva, interpretativa e explicativa dos fenómenos emergentes da prática de cuidados.

A família surge como fundamental nos cuidados à pessoa, afinal todas as transições entre setores de cuidados visam o regresso a casa e a capacitação do indivíduo e seus significativos. Na UCI, a mudança desta percepção manifesta-se por sentimentos de ansiedade, depressão e medo da dor, da morte e de um novo enfarte. Para além disso, este incidente provoca “uma disrupção massiva no balanço psicodinâmico da família” (Dracup, Meleis, Baker, & Patricia Edlefsen, 2010, p. 564), estando documentados sintomas psicossomáticos importantes nos cônjuges. Assim, aos enfermeiros cabe o conhecimento das necessidades da família e a execução de intervenções dirigidas aos cônjuges na UCI, mediante suporte educacional a fim de antever a alta e o estabelecimento de suporte informal.

Ainda que a reabilitação cardíaca se apresente como o *gold standard* para todos ao doentes com doença coronária, quer no retorno a uma vida ativa e satisfatória, quer na redução da mortalidade em 35% e na prevenção de eventos cardíacos recorrentes, a participação e adesão nestes programas é baixa (Fernandez, Davidson, Griffiths, Juergens, & Salamonson, 2009). Inúmeras barreiras à implementação e participação na reabilitação cardíaca podem ser identificadas, tal como estratégias de resolução do problema, não obstante o desenvolvimento de novas estratégias de intervenção como o *coaching* individualizado ou abordagens modulares para a modificação de fatores de risco CV tem vindo a acentuar-se.

Contudo a alteração de estilos de vida, nomeadamente, alterações de comportamentos revelam-se difíceis e muitas vezes infrutíferas, quer pela

cristalização de hábitos, quer pela absoluta necessidade de a pessoa sentir-se envolvida na mudança, sendo assim capaz de reformular o seu projeto de vida. Sendo a adopção de estilos de vida saudáveis enormemente dependente da motivação individual e da vontade para a mudança, existência ou não de fatores de risco modificáveis e da auto-eficácia (Fernandez, Davidson, Griffiths, Juergens, & Salamonson, 2009), alguns modelos para a mudança comportamental têm sido objeto de estudo, desenvolvimento e implementação.

De facto, as condições em que as transições ocorrem influenciam e são influenciadas pelas perceções e significados que os seres humanos, enquanto seres ativos, atribuem às situações (Meleis, Sawyer, Im, Messias & Schumacher, 2000). Paralelamente, o conhecimento da existência de diferentes estadios de vontade para a mudança e a compreensão ou aceitação da individualidade da pessoa obriga à particularização da sensibilização para a necessidade emergente de mudanças comportamentais e à incidência nos fatores de risco tidos como “descompensados”.

Preconiza-se que a transição da UCI para a enfermaria aconteça precocemente, após a priorização da estabilização das funções vitais no processo agudo de EAM e após angioplastia primária, podendo limitar os programas de prevenção secundária a desenvolver na UCI Coronária. Não obstante esta realidade, a importância *major* não se prende tanto com o setor de cuidados onde se inicia a sensibilização para a mudança e controlo dos fatores de risco, mas sim na necessidade absoluta de esta acontecer ainda no internamento e antes da alta hospitalar.

A autonomia da pessoa para o auto-cuidado resulta de um processo continuado, no qual informação não é sinónimo de conhecimento e, muito menos, competências para a mudança ou habilidade para o auto-cuidado (Jaarsma, et al., 1999, p. 680). Os enfermeiros ajudam “indivíduos, famílias e comunidades a estabelecer mecanismos de *coping* face a transições, quer antecipando respostas ou fornecendo orientações precoces, quer amenizando sintomas e otimizando os processos de saúde e de bem-estar, jamais menosprezando o suporte em ações que fomentem a autonomia e o auto-cuidado da pessoa” (Meleis, 2010, p. 455).

1.2.3 A transição do Hospital ao domicílio: um processo de incentivo à manutenção do auto-cuidado

Os cuidados transicionais pós hospitalização são um fator decisivo na coordenação e qualidade dos cuidados de saúde, sendo imperativa a implementação de cuidados transicionais a fim de uma otimização quer dos *outcomes*, quer da transferências de um modelo de saúde centrado no hospital para um modelo mais centrado na comunidade, prevenindo a rehospitalização e a ocorrência de eventos adversos (Bettger, et al., 2012).

Os cuidados transicionais iniciados no hospital melhoram os *outcomes* nos indivíduos hospitalizados após evento CV, quer seja da esfera da isquémia cerebral, quer miocárdica, revelando-se estes de uma prioridade crescente, atendendo aos dados estatísticos mundiais e etiologia das doenças CV (Bettger, et al., 2012).

A educação dos indivíduos após EAMCSST e das suas famílias assume-se como um desafio nem sempre fácil, especialmente quando ocorrem transições entre setores de cuidados (O’Gara & et al, 2013).

Enfatizando a sua importância, o *American College of Cardiology Foundation* e a *American Heart Association* apresentam algumas recomendações referentes ao plano de cuidados pós hospitalização (e respetivos níveis de evidência científica explicitados) conforme se pode observar na figura infra apresentada.

1. **Posthospital systems of care designed to prevent hospital readmissions should be used to facilitate the transition to effective, coordinated outpatient care for all patients with STEMI (593–597). (Level of Evidence: B)**
2. **Exercise-based cardiac rehabilitation/secondary prevention programs are recommended for patients with STEMI (598–601). (Level of Evidence: B)**
3. **A clear, detailed, and evidence-based plan of care that promotes medication adherence, timely follow-up with the health-care team, appropriate dietary and physical activities, and compliance with interventions for secondary prevention should be provided to patients with STEMI. (Level of Evidence: C)**
4. **Encouragement and advice to stop smoking and to avoid secondhand smoke should be provided to patients with STEMI (602–605). (Level of Evidence: A)**

Figura 3 - Recomendações para plano de cuidados após hospitalização e EAMCSST (O’Gara & et al, 2013, p. 114)

Importa ainda considerar que a maximização das capacidades funcionais, a gestão de sinais e sintomas e o ajustamento psicossocial apresentam-se como dimensões do conceito de qualidade de vida que se relacionam, por sua vez, com o conceito do autocuidado (Jaarsma, et al., 1999). Na verdade, o conceito de qualidade de vida têm vindo progressivamente a ser incorporado em triagens clínicas como um aspeto complementar dos tradicionais *outcomes*, como sendo a mortalidade ou morbilidade (Jaarsma, et al., 1999). Por outro lado, atender à vulnerabilidade nos processos de transição, implica a sua conceptualização enquanto conceito enleado com o de qualidade de vida e a compreensão das experiências transicionais e respostas dos indivíduos e famílias (Meleis, 2010).

Suporte e educação devem ser mantidos tanto quanto necessário de forma a facilitar a transição hospital-domicílio (Jaarsma, et al., 1999, p. 673). Por outro lado, a criação de uma cultura multidisciplinar na implementação de estratégias, quer no curso do internamento, quer na transição hospital-domicílio revela-se fundamental para o estabelecimento de pontos de diálogo entre a equipa de saúde e a pessoa e sua família (Jaarsma, et al., 1999). O facto de a pessoa e sua família se sentirem conetados com a equipa de saúde, estando esta disponível para a resposta às suas

questões e com quem se sentem confortáveis (Boutilier, 2007) revela-se um bom indicador de uma experiência de transição positiva. Na verdade, a interação da família com a equipa de saúde permite uma melhor compreensão do processo e um melhor ajustamento de respostas, atendendo a que a criação de novos significados e percepções permite a que esta se localize e se situe nos processos de transição (Meleis, 2010).

Os objetivos da sensibilização ou educação para a saúde centram-se, primeiramente, na motivação do indivíduo para o cumprimento do tratamento prescrito, quer farmacológico, quer na adopção de comportamentos saudáveis bem como na dotação do indivíduo e sua família com as competências e conhecimento necessários à mudança e à manutenção do autocuidado sem supervisão profissional (Stromberg, 2006).

Para além dos indicadores de processo, os modelos de resposta incluem indicadores de resultado, que se manifestam pela mestria nas competências necessárias para lidar com a situação e pelo desenvolvimento de uma identidade flexível e integrada, os quais refletem resultados saudáveis do processo de transição (Meleis, Sawyer, Im, Messias & Schumacher, 2000), na medida em que esta identidade narra o modo como o indivíduo e família incorporam os comportamentos, competências adquiridas (mestria) e novos papéis, para uma melhor adaptação ao novo contexto.

A preocupação no desenvolvimento de modelos de papéis de parentalidade dirigidos aos cônjuges e de ajuda na redefinição de identitária à pessoa com EAM para uma melhor adesão a programas de reabilitação cardíaca, mostra paulatinamente, não só o interesse de Meleis e, suas colaboradoras, de há largas décadas neste âmbito, mas também a sua importância e área de intervenção para a enfermagem (Meleis, 2010, p. 456).

2 METODOLOGIA

“A metodologia de projeto baseia-se numa intervenção centrada num problema real identificado e na implementação de estratégias e intervenções eficazes para a sua resolução. Esta metodologia através da pesquisa, análise e de resolução de problemas reais do contexto é promotora de uma prática fundamentada e baseada em evidência.” (Ruivo, Ferrito, & Nunes, 2010, p.2). Assumindo o trabalho de projeto como um produto dinâmico que se recicla em função de alterações consideradas oportunas ou pertinentes no contexto real do problema, importa a elaboração de um plano de trabalho com fases de execução calendarizadas. Por outro lado, como requisitos de uma operacionalização de sucesso desta metodologia, são exigidos um elevado sentido de responsabilidade pela sua execução bem como capacidade de iniciativa e de tomada de decisão.

Vislumbrado o percurso já realizado, sublinho a identificação de um problema inicial que conduziu a um esboço de projeto, sustentado por uma intenção assumida. De forma a possibilitar uma melhor compreensão da área de intervenção, procedi a uma revisão de literatura, na procura da melhor evidência científica disponível em bases de dados internacionais, resultando daqui a construção do enquadramento teórico anteriormente apresentado e o conhecimento de centros de excelência em Portugal e, especificamente, na Grande Lisboa.

2.1 Planeamento dos Ensinos Clínicos

Desta forma, desloquei-me então a estes centros de excelência, a fim de conhecer os seus contextos *in situ* e de concretizar entrevistas semiestruturadas às pessoas responsáveis pela minha receção (Apêndice I). Na verdade, importou a preparação destas idas a campo, atendendo a que após o conhecimento e contacto dos contextos da prática se exigia a seleção dos locais de Ensino Clínico para o 3º Semestre.

A metodologia de projeto surge como elo de ligação entre a teoria e a prática, uma vez que o conhecimento teórico que lhe serve de sustento deve ser aplicado nos contextos da prática (Ruivo, Ferrito, & Nunes, 2010).

2.2 Ensinos Clínicos

À luz da teoria da metodologia de projeto (Leite, Malpique & Santos, 2001; Ruivo et al, 2010), a trajetória realizada define-se em cinco etapas, a saber: i) identificação do problema e diagnóstico da situação, concretizada pela definição da área problemática com recurso à revisão da literatura; ii) planificação de estratégias e atividades a realizar, após a realização das idas a campo efetuadas no 2º semestre fundamentais na recolha de informação para a planificação do estágio; iii) execução das atividades; iv) avaliação e v) divulgação dos resultados obtidos.

A construção do projeto de estágio teve início em Abril de 2013, com a revisão da literatura e idas a campo, numa tentativa de melhor conhecimento e delimitação da problemática a intervir. As atividades a que me propus realizar, em função dos objetivos específicos e dos locais de estágio podem ser consultadas no projeto final (Apêndice I). O período de estágio, período de execução das atividades, decorreu entre outubro de 2013 e fevereiro de 2014 nos seguintes serviços: I) UCI Cardíacos do Hospital A II) SU Geral do Hospital B III) UCI Cardíaca do Hospital C (Cronograma possível de ser consultado no Apêndice I).

Após uma breve caracterização de cada um dos contextos de ensino clínico, apresenta-se a descrição, análise e reflexão do percurso realizado.

2.2.1 Ensino Clínico 1: UCI Cardíacos Hospital A

A UCI Cardíacos do Hospital A é um serviço com seis vagas de UCI e várias vagas de cuidados intermédios, capacitado para dar resposta às necessidades de cuidados da pessoa com EAM e sua família. Sendo um serviço de um centro cardíaco especializado da Grande Lisboa, recebe doentes de várias proveniências apesar de cobrir a área geográfica central de Lisboa. É ainda ponto de referência da VVC (com três salas de hemodinâmica praticamente justapostas) e possui uma íntima articulação com as instituições do mesmo centro hospitalar. A enfermaria de cardiologia localiza-se no mesmo piso, o que facilita a transição da UCI para a mesma. Não existe um plano formal de preparação para a alta, no entanto o serviço possui um gabinete de Sistema Integrado do doente que gere eficazmente a concretização de intervenção hemodinâmicas programadas, em função das necessidades dos vários doentes e que realiza educação para a saúde a vários níveis. Possui ainda uma consulta de *follow-up* organizada que funciona no mesmo piso.

Em UCI, a intervenção perante pessoas altamente vulneráveis, nas quais uma ou mais funções vitais se encontram afetadas, revela-se exigente do ponto de vista técnico e emocional, requerendo uma maturação simultaneamente pessoal e profissional. A margem para o erro parece mínima e a necessidade de exatidão e rigor nos atos profissionais parecem assumir contornos particulares, para lá do facto de as UCI serem locais altamente evolutivos, nas quais transformações e necessidades de ajustamento constantes imperam.

Após um tempo mais ou menos longo de prática profissional em UCI, ambiente altamente controlado e profundamente regido por *guidelines* e algoritmos, precisamos de “beliscar” esporadicamente a nossa “pele” e questionar as intervenções que de tão fluídas nos parecem quase de peritos. O confronto com outra instituição, serviço e colegas implica necessariamente um confronto com novas formas de fazer ou saber que considero enriquecedor. Cumulativamente, sendo o meu primeiro local de estágio do ensino clínico, sobressai daqui, não só a necessidade clara de conhecimento da estrutura organizacional e funcional do serviço e integração na equipa multidisciplinar, mas também a necessidade de

colaboração na prática de cuidados. Por outro lado, a procura de pontos fortes ou fracos da prática, mediante o próprio confronto com a minha realidade profissional e com a melhor evidência científica disponível e princípios de ética profissional na especificidade do contexto de cuidados, revelou-se um trabalho reflexivo continuado, sujeito a constantes reciclagens. O conhecimento da realidade do contexto de prática bem como a compreensão da sua dinâmica permitiram-me claramente a identificação de dificuldades, constrangimentos e necessidades de melhoria.

A colaboração na prestação de cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica com EAM e sua família na UCI colocou-me num terreno de situação-ação e num árduo trabalho de autoconstrução, ainda que acompanhado de modo formal. De facto, a exploração das situações de aprendizagem informais encontra uma riqueza bruta e um conhecimento pouco polido, contudo um processo de análise e de reflexão poderá fazer submergir pontas escondidas de um conhecimento prático. A mobilização de conhecimentos da experiência ou da evidência científica fundidos com este trabalho de meta cognição culminam em aprendizagens. Este processo reflexivo em combinação com a revisão de literatura e da melhor evidência científica disponível harmonizou, dentro de mim, estes dois polos que se complementam mediante uma visão integradora dos saberes teóricos e práticos.

Meleis (2010) defende que mudanças no processo de saúde-doença criam processos de transição e apresenta os enfermeiros como os primeiros cuidadores dos indivíduos e famílias sujeitos a estes processos de transição, inevitavelmente atentos às alterações e impacto a nível individual e familiar a que estes acarretam para o seu quotidiano. Paralelamente, importa não esquecer que um processo de doença crítica de um indivíduo afeta profundamente toda a sua família (Kaakinen, Coehlo, Gelady-Duff, & Hanson, 2010). Se por um lado o EAM em fase aguda é uma situação grave, colocando a pessoa num “fio ténue” de separação entre a vida e a morte, por outro o incremento tecnológico na área da saúde, especialmente os avanços da hemodinâmica, permitem atualmente que a situação de lesão coronária possa ser resolvida rápida e eficazmente por angioplastia primária, na maioria das vezes. Na verdade, a celeridade na resolução do enfarte não lhe exclui o enorme impacto que a doença coronária acarreta para o indivíduo e sua família, quer seja

por sentimentos de medo ou de culpa, quer pela necessidade emergente de mudanças comportamentais no estilo de vida a fim de se poder estabelecer controlo dos fatores de risco modificáveis para a doença CV.

O Hospital A é ponto de referência da VVC em Portugal. Recebe, desta forma, doentes em processo agudo de EAM oriundos do pré-hospitalar com indicação para angioplastia primária bem como dos outros hospitais pertencentes ao mesmo grupo hospitalar. Desta forma, o serviço de hemodinâmica, com três salas disponíveis, fornece resposta em tempo útil a intervenções quer de urgência, quer eletivas dos doentes seguidos na consulta ou hospitalizados no centro hospitalar. Habitualmente, a equipa de cardiologia de intervenção é constituída por médico cardiologista, enfermeiro de hemodinâmica e de UCI, cardiopneumologista e técnico de radiologia. Ainda que a distribuição da equipa de enfermagem seja rotativa pelas diferentes valências do serviço, o trabalho de cooperação mútua de dois enfermeiros é tida como fundamental. Sublinho ainda que, a presença de um elemento da UCI na intervenção poderá ser interpretado como agente facilitador nas transições vividas pela pessoa em processo agudo de EAM. Por outro lado, a rotação da equipa de enfermagem poderá trazer mais-valias, quer no conhecimento aprofundado do doente, quer na aquisição e desenvolvimento de competências específicas na área de cardiologia de intervenção por parte dos diferentes elementos.

A possibilidade de acompanhar alguns doentes a vivenciar processos agudos de EAM à sala de hemodinâmica, em contexto de ensino clínico, possibilitou-me um conhecimento mais aprofundado e o desenvolvimento de competências individuais, no que concerne aos mecanismos e definição da própria doença coronária como também ao seu diagnóstico e tratamento por intervenção coronária percutânea (angioplastia primária). Permitiu-me ainda uma melhor perceção do percurso da pessoa com EAMCSST e a importância da rapidez do processo no tratamento desta identidade clínica. Ainda que a conceção de que o tratamento do EAM passe atualmente, em grande parte, pela possibilidade de realização de tratamento de revascularização miocárdica precoce não deixa de ser, na minha opinião, redutora na medida em que exclui toda uma panóplia de intervenções de vigilância e antecipação do risco bem como de programas de prevenção secundária. Por outro

lado, ainda que este acompanhamento da pessoa à sala de hemodinâmica possa parecer ambicioso, pela especificidade das intervenções aqui realizadas, ou tecnicista pelo próprio cariz do tratamento, revela-se fundamental, quer na compreensão mais alargada dos processos de saúde-doença dos indivíduos com EAM, quer na procura identitária do papel do enfermeiro, enquanto possível agente facilitador de todo este processo.

Quase sempre me deparei com as famílias à porta da sala de hemodinâmica. Um rosto com um misto de medo e susto mas também de esperança e de fé na recuperação do seu familiar. Geralmente, os familiares levantavam-se sempre. Sinal de respeito ou de agradecimento por se ter salvo uma vida? Procura desenfreada de uma palavra tranquilizadora e de informação do sucedido?

Da evidência científica ressalta que as famílias, em confronto com processos de doença crítica de um familiar, que necessite de internamento em UCI, tem necessidades de cuidados próprios. Verhaeghe, Defloor, Van Zuuren, Duijnste, & Grypdonck (2005) apresentam as necessidades de suporte e de proximidade, de segurança e de conforto como pedras basilares no cuidado às famílias, em paralelo à necessidade de informação.

A sala de hemodinâmica fica num espaço praticamente contíguo à UCI coronária, o que possibilita aos familiares verem o seu ente querido no pós evento coronário. Uma proximidade física é permitida, quer seja com um beijo na testa ou com um toque suave na pele, quer com umas palavras de encorajamento do “vai correr tudo bem”. Aos profissionais de saúde cabe a função de informar a família dos procedimentos realizados e de que a pessoa doente seguirá para a UCI, sendo este geralmente o primeiro contato que se estabelece entre a família e a equipa. A gratificação deste momento parece encher a alma dos profissionais. Valorizando ainda a presença do enfermeiro nos diferentes setores de cuidados, este destaca-se como o fio condutor de todo o percurso da pessoa doente e sua família.

Importa realçar que, a minha passagem pelo gabinete de sistema integrado e pelo gabinete de *follow-up* e a observação das atividades neles desenvolvidas, ainda que não diretamente relacionadas com o cerne do meu trabalho de projeto, pareceram-me profundamente sustentadas numa lógica de cuidado transicional e, inevitavelmente, mais-valias para a sua conceptualização.

A atividade do percurso do doente (gabinete do sistema integrado) centra-se na marcação e preparação de procedimentos invasivos hemodinâmicos a doentes eletivos, como sendo cateterismos cardíacos ou implantação de *pacemakers*, na tentativa de planear as diferentes etapas que antecedem a realização de um procedimento no laboratório de hemodinâmica. Deste modo, procede-se à realização da história do doente, através da colheita de dados bem como à recolha de alguma informação tida como pertinente para a realização imediata de procedimentos invasivos. O esclarecimento de dúvidas e a educação do indivíduo e família assumem contornos centrais, na antecipação de eventuais necessidades, na desmistificação de procedimentos e de cuidados ditos tecnológicos. A admissão hospitalar do doente é então realizada, de forma devidamente estruturada, pelo enfermeiro do percurso que acolhe a pessoa e família e que os acompanha à enfermaria, transmitindo toda a informação revelante ao colega do internamento, numa ótica de cuidados de ligação, e enquanto agente facilitador no percurso e transições vividas entre os diferentes espaços físicos e níveis de cuidados.

De facto, cuidar a pessoa e sua família a vivenciar uma situação de doença crítica, como sendo o EAM em fase aguda, não se resume simplesmente à resolução da sintomatologia exibida e da causa de doença, mas também tornar possível o acompanhamento nos diferentes trajetos e transições (Chaboyer, Kendall, & James, *Transitional Care after Intensive Care Unit: Current Trends and Future Directions*, 2005), e na preparação para a alta. Na verdade, importa a compreensão do EAM em fase aguda como uma situação de doença não previsível, ao contrário de outras, que carece de tratamento imediato e com implicações no quotidiano vindouro.

A preparação para a alta na UCI pareceu-me em fase embrionária, neste contexto de prática clínica: devidamente projetada e conceptualizada, mas por implementar na prática. Adicionalmente, a minha colaboração na transição de doentes da UCI para a enfermaria e, posteriormente, a minha passagem pela enfermaria mostraram-me um caminho em construção da transição hospital-domicílio. A existência de alguns folhetos (que tive oportunidade de explorar) e a programação de sessões formais de educação para a saúde todas as semanas, ainda que nem sempre se realizem, revelam uma preocupação clara neste sentido.

Não me foi possível assistir a nenhuma destas sessões formais, contudo desloquei-me ao serviço de cardiologia do Hospital D (anterior local de ida a campo) onde sabia a sua efetiva concretização, de forma a colmatar esta lacuna.

Na enfermaria, os profissionais explicitam que, da sua prática profissional, a noção do impacto do EAM na vida da pessoa depende largamente da sua própria percepção do sucedido, percepção se relaciona, por sua vez, com fatores individuais, com a informação e compreensão da doença e procedimentos terapêuticos realizados, o que parece ir de encontro ao referenciado por McKinley, et al. (2012) ao dizer que o conhecimento prévio referente ao EAM é um importante fator preditivo de complicações pós evento.

A possibilidade de realização de algumas reuniões de discussão e de análise de situações particulares de cuidados, quer com o meu enfermeiro orientador, quer com profissionais de outras valências, colocaram-me numa posição privilegiada de reflexão na ação, sendo consensual a opinião de que a preparação para a alta, ou reabilitação cardíaca fase 1, na UCI é pobre. A elevada rotatividade de doentes, entrados pela ativação da VVC ou oriundos dos outros hospitais pertencentes ao mesmo grupo, associada à elevada atividade programada das várias salas do laboratório de hemodinâmica, dita dificuldades acrescidas. A necessidade de vagas efetivas em cuidados intermédios que suportem a atividade da sala de hemodinâmica, numa lógica quase de recobro e a curta permanência na UCI ou cuidados intermédios não apaga a preocupação mas transfere, pelo menos, a responsabilidade relativa à preparação da alta para a enfermaria. De forma paralela, deparei-me ainda com a importância da referenciação de doentes, quer para consultas de cessação tabágica, quer para o programa de reabilitação cardíaca. O contacto com a psicologia clínica, mediante avaliação prévia do enfermeiro, ou as visitas diárias da dietética e serviço social são também cruciais, numa ótica de abordagem multidisciplinar. A destacar, a cooperação do serviço social na estruturação das altas, pois um ponto de referência da VVC jamais poderia ter doentes retidos no internamento por questões económicas e sociais.

O gabinete de seguimento de doentes realiza consultas de *follow-up* bem como ainda realiza a consulta de reabilitação cardíaca. Procurando apoiar os doentes após alta, este gabinete constitui um importante mecanismo de controlo da

qualidade da atividade assistencial como também pode permitir a avaliação do impacto das ações terapêuticas e a reorganização de estratégias interventivas. Por outro lado, o estabelecimento de linhas de contato direto com os doentes e familiares e sua gestão pro ativa bem como a aproximação e articulação com outros níveis de cuidados constituem pontos fortes da sua atuação. A gestão do processo da alta dos doentes implica a garantia de que os cuidados necessários após saída do hospital são realizados, mediante o envio de informação clínica relevante e articulação com outras instituições de saúde. A realização de consultas telefónicas de seguimento (aos trinta dias, um e três anos após a alta) visa acompanhar a pessoa e monitorizar a situação em que se encontra, procurando averiguar a existência de reinternamentos ou de sintomatologia semelhante à anterior ao internamento.

A consulta de *follow-up* aos trinta dias é realizada a todos os doentes que careceram de internamento, ao passo que as consultas aos um e três anos apenas são efetuadas à pessoa que realizou angioplastia de reperfusão. A monitorização do estado de saúde e controlo da doença, o encaminhamento dos doentes em função das necessidades identificadas e ainda o reforço dos comportamentos adequados procuram o planeamento e o desenvolvimento de estratégias conjuntas e articuladas bem como a promoção de uma melhor utilização dos serviços de saúde.

Ainda que a responsabilidade da criação deste gabinete de seguimento de doentes se deva ao atual diretor de serviço, o enfermeiro responsável pelo projeto realiza as consultas de *follow-up* de forma quase apaixonada, como também esclarece eventuais dúvidas que o doente possa ter. Não obstante o enorme trabalho administrativo e burocrático escondido, o acompanhamento após a alta é realizado por enfermeiros, contando com o apoio de um médico, também responsável pelo projeto, quando necessário.

Por fim, cruzei-me com o panfleto de divulgação da formação “Prevenção e Reabilitação Cardíaca” acidentalmente mas foi com entusiasmo que li os seus conteúdos programáticos. A abordagem multidisciplinar, em programas de titulação de prevenção primária e secundária, suscitou-me desde logo interesse e curiosidade. Uma vez partilhada a minha vontade na participação desta formação, foi-me então permitida por parte do meu enfermeiro orientador e da enfermeira

chefe. Desta formação, destaco os principais pontos de discussão, que corroboram a evidência científica por mim encontrada no âmbito da problemática em estudo:

I) A aterosclerose apresenta-se como uma doença crónica e progressiva, refletindo na etiologia das doenças CV bem como na possibilidade de as suas manifestações ocorrerem de forma sistémica, especialmente em locais de fluxo sanguíneo mais turbulento. Perk, et al. (2012) apresenta a doença coronária, de causa aterosclerótica, como a principal causa de morte prematura no mundo inteiro, o que parece justificar por si só a sua importância do seu manejo.

II) A importância da avaliação sistemática e repetida do risco CV, corroborando o defendido pela *World Heart Federation* de que uma larga proporção das doenças CV são potencialmente prevenidas (2011) e sublinhando a necessidade de programas estruturados de prevenção orientados para a pessoa e sua família bem como do uso de instrumentos de avaliação do risco CV na prática clínica como *guideline* efetiva de prevenção das doenças CV (Perk, et al., 2012).

III) A cessação tabágica como a medida mais efetiva de todas as medidas de prevenção secundária, não negligenciando a importância do controlo da tensão arterial, de um regime dietético e emagrecimento, prática de atividade física e inclusão em programas de reabilitação cardíaca. Curiosamente, nas *guidelines* europeias relativas à prevenção das doenças CV, a cessação tabágica é apresentada como pedra angular na melhoria da saúde CV (Perk, et al., 2012).

Por outro lado, a prescrição de exercício físico e de um plano nutricional resulta obrigatoriamente de um protocolo individualizado, capaz de combinar recomendações e pressupostos universais mas também de equacionar lógicas flexíveis e de negociação para com a pessoa em necessidade de mudança, sendo fundamental a determinação de planos conjuntos, com objetivos realistas e exequíveis pelo doente na sua rotina diária. De facto, o reconhecimento da existência de um problema e o estabelecimento de objetivos em direção a uma mudança obrigam a que a pessoa faça a gestão emocional da própria mudança. Em contrapartida, a implementação de estratégias psicológicas poderá mostrar benefícios na gestão de *stress* psicossocial e na promoção de comportamentos saudáveis (Perk, et al., 2012).

IV) A educação para a saúde antes, durante e após a alta reveste-se de uma importância crucial e de contornos minuciosos que devem ser, cuidadosamente, tidos em conta. Na verdade, se por um lado a admissão hospital em processo agudo de EAM se apresenta como um enorme fator de *stress*, a alta, ao invés (*“home come depression”*) também se mostra como uma situação geradora de ansiedade, tendo mesmo sido relatado que 25% dos doentes estão sujeitos a *stress* durante um ano pós EAM. Kristofferzon, Löfmark, & Carlsson (2007) defendem que sintomas físicos e *stress* emocional são problemas frequentes nos primeiros meses pós evento coronário. Na verdade, são inúmeros os estudos que se debruçam sobre questões como o retorno à atividade física ou sexual, o regresso ao trabalho ou manifestações de *stress* após evento coronário, sublinhando as dificuldades que os indivíduos e suas famílias enfrentam.

2.2.2 Ensino Clínico II: SU do Hospital B

O SU do Hospital B é considerado um SU Polivalente, de acordo com a Rede Nacional de Serviços de Urgência, e que tem como missão prestar cuidados de saúde urgentes a doentes de médio a alto risco, pertencentes à zona geográfica ocidental da Grande Lisboa.

O atendimento é realizado em função de critérios de gravidade, uma vez que é utilizada a triagem de Manchester, estando esta em vigor em vários hospitais do país e acreditada pelo Ministério da Saúde, Ordem dos Médicos e Ordem dos Enfermeiros (OE). Ainda que este sistema de triagem não se encontre associada à VVC, importa referenciar a existência de critérios específicos, na triagem deste SU, de ativação de realização imediata de um ECG.

Surpreendentemente, o SU revelou-se um espaço de cuidado privilegiado para o desenvolvimento do meu percurso de aprendizagens e competências no âmbito deste mestrado, quer pela combinação de número e complexidade de situações clínicas, quer pela imprevisibilidade do contexto e necessidade permanente de atualização de prioridades, de forma a intervir rápida e

adequadamente. Aqui, a rapidez do juízo clínico e tomada de decisão são cruciais, não devendo a integração de novos enfermeiros ser descurada.

O conhecimento da estrutura organizacional e funcional e integração da equipa multidisciplinar revelaram-se, assim, essenciais para o conhecimento do percurso da pessoa que recorre ao SU, mas também para o desenvolvimento de competências técnicas, científicas e relacionais especializadas na abordagem à pessoa com dor torácica sugestiva de EAM e sua família. Por outro lado, importa referir que a minha passagem pelos diferentes setores do SU, bem como a possibilidade de consulta de protocolos e manuais disponíveis contribuíram, grandemente, para a concretização destes objetivos.

A oportunidade de passar, indiscriminadamente, por todos os setores do SU, ainda que de forma mais duradoura e consistente na triagem e sala de reanimação, revelou-se frutífera, permitindo-me não só vivenciar inúmeras situações de cuidados complexas à pessoa em situação crítica em risco de falência orgânica ou multiorgânica, como também serviu de mote para a reflexão de problemas emergentes da prática de cuidados. De forma paralela, a participação no Fórum de Emergência da Associação Portuguesa de Enfermeiros e a partilha de ideias, artigos científicos e experiências entre peritos e colegas de profissão motivou igualmente a reflexão de algumas questões da prática de cuidados à pessoa em situação crítica e família.

No SU, os espaços físicos estruturalmente organizados mas amplamente difusos nos seus diferentes balcões e setores de cuidados, podem revelar-se um autêntico labirinto, dificultando um cuidado efetivo. Importa, desta forma, a conceção e execução de intervenções de enfermagem claras e dirigidas, numa lógica de cuidado transicional. Inúmeras foram as vezes que partilhei esta minha perceção, ora com o meu enfermeiro orientador, ora com outros elementos do SU, numa tentativa de sensibilização da equipa para a necessidade de instituição de atividades transicionais, capazes de evitar a disrupção de cuidados entre serviços ou mesmo entre os diferentes setores do SU.

Formulado para dar resposta eficiente e eficaz a situações urgentes e emergentes, o SU constitui um setor de cuidados de saúde de elevada complexidade, pelo que na sua conceção e operacionalização devem existir

preocupações de estrutura, funcionalidade e organização, mas também a valorização de outras esferas de cuidado. A comunicação que se estabelece e informação fornecida bem como o relacionamento interpessoal com a pessoa e família que recorrem ao SU podem revelar-se determinantes em todo o processo. O enfermeiro é o profissional de saúde que estabelece o primeiro contato com a pessoa e família, procedendo ao seu acolhimento no SU e assumindo um papel crucial no seu envolvimento, quer seja na promoção de uma proximidade efetiva, quer seja pela sua capacitação e participação nos cuidados.

A espera de resultados, tratamentos ou decisões clínicas ou mesmo a antecipação de más notícias, colocam a pessoa e sua família numa vivência sucessiva de transições. Segundo Hallgrimsdottir (2004), no SU as famílias têm maior necessidade de segurança nas informações recebidas e cuidados prestados bem de proximidade com o seu familiar.

Na verdade, o cuidado centrado na família corresponde a um modelo de cuidados que vem sendo defendido acerrimamente por diversas estruturas e organizações de saúde, não só a nível nacional mas também internacional. Previsto em diversos documentos, como sendo a Declaração de Munique da OMS (2000), o Plano Nacional de Saúde 2004-2010 (Direção Geral de Saúde, 2004) (Direção Geral de Saúde, Plano Nacional de Saúde 2012-2016 Versão Resumo, 2013) e o Enquadramento Conceptual e Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem da OE (2001), observa-se, por parte das políticas de saúde, uma atenção crescente à família.

A criação da Lei nº 33/2009, de 14 de Julho (Assembleia da República, 2014), traduz esta preocupação de uma forma clara e indiscutível, tendo por objeto o acompanhamento familiar não só em internamento hospitalar mas também no SU, importando salientar ainda a sua referência ao direito do acompanhante de “informação adequada e em tempo razoável, em todas as fases de atendimento”. De facto, pude constatar a valorização efetiva da família, neste SU. Desde o atendimento ao pedido da pulseira de acompanhante, logo na admissão ou na triagem, ao fornecimento de informação regular e adequada à família ou mesmo à permissão de uma visita logo que possível, ainda que na sala de reanimação, refletem uma mudança de paradigma de cuidados. A existência de uma sala de más

notícias traduz ainda, naturalmente, a perceção e preocupação claras do impacto não só das situações de doença crítica, mas também da morte de familiares, na própria família. Por outro lado, a informatização dos registos e a presença de todos os dados em sistema favorecem o conhecimento do circuito e localização da pessoa no SU e, conseqüentemente, a possibilidade de fornecer a informação adequada à família, para além de permitir a otimização de recursos humanos, materiais e temporais.

O estabelecimento de canais de informação e a utilização de estratégias de comunicação junto da pessoa e família a vivenciarem processos complexos de doença revelam-se essenciais, na medida em que a admissão num SU é frequentemente acompanhada de situações de incerteza quanto ao futuro da pessoa, nomeadamente a questão da sobrevivência e potenciais sequelas, a vivência de sentimentos de angústia, ansiedade e insegurança (Agard & Lomborg, 2010).

Paralelamente e ainda no âmbito da prestação de cuidados à pessoa no SU, saliento a importância da prestação de cuidados ao doente de trauma e, a abordagem ABCDE, a qual foi uma novidade para mim. A mobilização de conhecimentos adquiridos no curso de Suporte Avançado de Vida e *Advanced Trauma Care Nursing*, realizados no âmbito deste mestrado, foram importantes para a minha atuação, possibilitando-me, desta forma, gerir eficazmente situações de evolução rápida bem como antecipar possíveis focos de instabilidade.

Para além da prestação de cuidados gerais à pessoa e família no SU, tive oportunidade de observar e colaborar na realização da triagem. “A triagem é um processo usado para determinar a gravidade de uma doença ou lesão, em todos os doentes que dão entrada na Urgência.” (Sheehy, 2001, p. 117). O correto encaminhamento na triagem permite a afetação dos recursos adequados à satisfação das necessidades efetivas dos doentes, colocando o doente no local e momento certo. Ainda que a necessidade absoluta da otimização dos tempos de espera da população em função da urgência de atendimento, pela gravidade clínica, tenha conduzido ao desenvolvimento e implementação de metodologias de triagem padronizadas e de base informática, o seu “desempenho é naturalmente dependente do contexto em que é aplicado (...)”, mas também do treino e formação dos

profissionais envolvidos em todo o processo e da relação procura/ capacidade de resposta do SU (Pinto, Lunet, & Azevedo, Sensibilidade e especificidade do Sistema de Manchester na triagem de doentes com síndrome coronária aguda, 2010, p. 964). A fim de melhorar o fluxo de doentes no SU, é preconizado a possibilidade de alterar encaminhamento, atendendo à afluência de doentes nos diferentes setores, mas nunca alterar prioridades.

Ainda que a VVC não esteja formalmente implementada neste SU, existem critérios definidos para a ativação do protocolo de realização de ECG. De facto, a exibição de um destes sintomas, como dor precordial, palpitações, síncope/ lipotimia, dor torácica e/ou epigástrica com náuseas ou vômitos associados, ou o achado fisiológico de um destes critérios, como bradicardia (frequência cardíaca inferior a 50 batimentos por minuto-bpm), taquicardia (frequência cardíaca superior a 120 bpm), pulso com ritmo irregular ou sinais vegetativos (sudorese, náuseas, vômitos, palidez e dispneia) são por si só suficientes para ativar o protocolo de ECG, prevendo a eliminação de passagens ou transições que se revelem pouco úteis e que atrasem o início do tratamento. Diversos fatores são apontados como frequentes e simultaneamente, explicativos do atraso desde o início da sintomatologia até à instituição efetiva do tratamento, nomeadamente: o tempo desde que o indivíduo reconhece a possível gravidade dos seus sintomas até procurar ajuda especializada, tempo em excesso na avaliação, tratamento e transporte pré-hospitalar e o tempo necessário à execução das medidas diagnósticas e início do tratamento (Emergency department: rapid identification and treatment of patients with acute myocardial infarction, National Heart Attack Alert Program Coordinating Committee cit. por Pinto E. , 2010).

Atendendo à importância da brevidade do processo entre o início dos sintomas e o começo do tratamento, é na triagem que reside a pedra basilar do corredor rápido e eficaz que se pretende no tratamento dos SCA em contexto de urgência. É na triagem, que o enfermeiro perante as queixas do doente (motivo de recurso ao SU) efetua a sua tomada de decisão, ativando o protocolo de ECG e o correto encaminhamento. De facto, o maior desafio centra-se na capacidade dos profissionais de saúde, mediante a utilização do sistema de triagem vigente, atribuírem a estes doentes uma prioridade de atendimento elevada, assegurando a

realização e interpretação de um ECG de doze derivações, num período máximo de dez minutos, na medida em que, a preocupação e atenção imediatas aos doentes com provável SCA têm uma influência direta com a sua probabilidade de sobrevivência (Pinto E. , 2010).

A valorização dos sinais e sintomas pela utilização das combinações fluxograma-discriminador sugestivas de SCA e de dados fisiológicos objetivos são tidos em consideração pelo enfermeiro na triagem. No entanto, a sua capacidade de perceção do outro como um todo e, sua família, e de tomada de decisão complexa importa ser igualmente valorizada na deteção ou reconhecimento “(...) de pistas subtis de um problema grave que pode deteriorar-se rapidamente, se não for tratado de imediato” (Sheehy, 2001, p. 120) quando os sintomas escapam aos “definidos como típicos, englobando dor torácica precordial com ou sem irradiação e/ou síncope” (Pinto, Lunet, & Azevedo, Sensibilidade e especificidade do Sistema de Manchester na triagem de doentes com síndrome coronária aguda, 2010, p. 961). A preocupação na definição clara e objetiva de critérios de ativação de realização de um ECG imediato poderá ser interpretada como orientadora da prática profissional, pela tentativa de uniformização de procedimentos e no estabelecimento de uma linguagem comum.

Por outro lado, a possibilidade constante de retriagem implica uma atuação flexível e coordenada para uma mudança de estratégia a qualquer momento da prestação de cuidados, revelando imprescindíveis a perícia e julgamento clínico, enquanto características do enfermeiro triador. Na verdade, na sequência de um processo de tomada de decisão, importa conceber que esta é realizada em virtude do melhor benefício e interesse para a pessoa e sua família, não se perspetivando hipóteses diagnósticas ou intervenções terapêuticas imediatas, na triagem, mas sim a identificação de problemas e riscos potenciais, de forma a se poder estabelecer uma atuação adequada em tempo útil, categorizando-os consoante a sua prioridade de intervenção.

A pessoa com dor torácica sugestiva de EAM segue habitualmente para a sala de reanimação. Uma vez estabelecido o diagnóstico de EAM com supra de ST e concomitante necessidade da cardiologia de intervenção, devem ser eliminadas todas as perdas de tempo e encaminhar a pessoa para um hospital com laboratório

de hemodinâmica disponível, preconizando-se que o transporte seja realizado por um enfermeiro experiente (*team leader*).

Durante o meu período de estágio, não me foi possível acompanhar a pessoa e família com EAMCSST ou colaborar na transição SU-hemodinâmica, contudo pude presenciar múltiplas situações de dor torácica sugestiva de EAM, enquanto motivo de recurso ao SU, e o seu encaminhamento para a sala de reanimação, a fim de se estabelecer uma monitorização adequada ou intervenção em tempo útil, quando necessário.

A acrescentar à minha ação, evidencio o acompanhamento do meu enfermeiro orientador em atividades de gestão associadas à sua função de chefe de equipa, diferente das funções habitualmente conhecidas ou exercidas por mim. O chefe de equipa, no SU, detém obrigatoriamente uma visão geral do próprio serviço, quer na sua afluência e povoamento, quer nos diferentes elementos alocados nos diversos setores de cuidados. Este conhecimento efetivo permite, ao chefe de equipa, em interação dinâmica com outros membros da equipa multidisciplinar, transferir doentes de alguns setores sobrelotados, a carecer de escoamento, para outros locais capazes de garantir os cuidados necessários que a situação clínica da pessoa exige, por questões organizacionais e de funcionalidade nos diferentes setores. Numa ótica de cuidado transicional, poder-se-á mesmo afirmar que acresce ao chefe de equipa um papel preponderante na instituição de estratégias dirigidas de forma a colmatar as dificuldades aquando da transição. O informar a razão da transferência de um setor para outro ou o transmitir ao doente e família qual o profissional que recebe a responsabilidade do seu cuidado e acompanhamento parecem-me estratégias facilitadoras e facilmente exequíveis, em contexto de prática clínica. De facto, em contexto de urgência, coexiste a necessidade clara de um cuidado efetivo, ancorado numa ótica transicional, para lá de um cuidado centrado na técnica ou na realização de tarefas previamente definidas, atendendo a que o próprio espaço físico poderá ditar dificuldades acrescidas.

A sublinhar ainda, a ajuda do chefe de equipa nos setores de cuidados mais carenciados, quer pela maior afluência e sobrelotação de doentes, quer pela necessidade de saída de algum elemento para a realização de eventuais exames complementares de diagnóstico ou transferências, e a gestão de conflitos internos à

equipa ou relativos a doentes e familiares. Assim, a resposta ou encaminhamento de reclamações e ainda a preocupação com questões de índole organizativa e de recursos materiais (equipamentos ou fármacos) colmatam a importância do chefe de equipa ser um profissional altamente treinado e experiente e, simultaneamente, que mostre mestria no âmbito dos cuidados de enfermagem de urgência.

2.2.3 Ensino Clínico III: UCI Coronários do Hospital C

A UCI Coronários do Hospital C é um serviço com oito vagas de UCI, capacitado para dar resposta às necessidades de cuidados da pessoa com EAM e sua família. Como serviço de um centro cardíaco especializado da Grande Lisboa, recebe doentes de várias proveniências apesar de cobrir a área geográfica ocidental de Lisboa. É ainda ponto de referência na VVC (com várias salas de Hemodinâmica em funcionamento) e possui uma íntima articulação com as instituições do mesmo centro hospitalar. A enfermaria de cardiologia localiza-se no mesmo piso, estando a equipa de enfermagem em regime de rotatividade, quer à UCI, quer às duas alas de enfermaria, o que pode ser considerado como facilitador à transição UCI-enfermaria.

Não existe um plano formal de preparação para a alta, no entanto o hospital disponibiliza (através da venda na Liga dos Amigos do hospital) um livro “Como viver depois de um Enfarte Agudo do Miocárdio?” que procura ir de encontro a algumas problemáticas do período pós alta.

À responsabilidade da ação do enfermeiro une-se o impacto das suas intervenções na vida dos outros e no nível de complexidade que caracteriza as relações de cuidado. Carel (2009) coloca a enfermagem como profissão de resposta aos principais contornos da existência humana, nascimento e morte, amor e perda, sofrimento e reconhecimento de limitações, contornos esses profundamente embutidos de fragilidades que se revelam transversais a todos os seres humanos.

De novo o confronto com outra instituição, serviço e colegas implica necessariamente um confronto com novas formas de fazer, revelando-se, mais uma vez, útil para a construção de um saber eclético, baseado na vivência de diferentes experiências. Experiências vividas de forma individual ou coletiva, de índole formal

ou informal determinam a construção de um leque de competências profissionais, desde que sustentadas por um planeamento, reflexão e avaliações sistemáticas.

À ida para um novo contexto, acresce-lhe a necessidade de conhecimento da estrutura organizacional e funcional do serviço, bem como a integração na equipa multidisciplinar, no entanto, por não ser o primeiro contexto de prática clínica em UCI do foro cardíaco, o confronto, reflexão e, de algum modo, comparação com os contextos anteriores mostraram-se uma realidade, na procura da identificação de dificuldades, constrangimentos e necessidades de melhoria. Na verdade, a identificação dos pontos fortes de cada contexto de prática clínica foi uma procura constante no meu percurso de competências especializadas, na convicção de que as linhas orientadoras das transições UCI-enfermaria e hospital-domicílio residiriam na fusão de um trabalho profundamente reflexivo destes pontos fortes com a melhor evidência científica disponível e princípios de ética profissional, no âmbito da prestação de cuidados à pessoa com EAM e sua família.

Na minha prática diária de intervenção, pude, neste contexto de prática clínica, colaborar na prestação de cuidados de enfermagem à pessoa e sua família pós enfarte, sendo-me possível o seu acompanhamento continuado desde a sala de hemodinâmica à UCI Coronária. Desde já, importa explicitar que a celeridade e o sucesso, na maioria das situações, na resolução do EAM não lhe excluem o enorme impacto que a doença coronária acarreta para o indivíduo e sua família.

O acolhimento na UCI Coronária da pessoa e sua família após tratamento da lesão coronária por angioplastia primária reúne um conjunto de intervenções de enfermagem altamente especializadas, de diferente cariz mas convergentes numa lógica de cuidado securizante. A monitorização das funções vitais, do ritmo cardíaco bem como a atenção face ao controlo analítico da enzimologia cardíaca são algumas das intervenções de enfermagem descritas como quase *bundles* no pós EAM. Contudo, o controlo da dor e a contenção do sofrimento e medo da perda não são menos importantes, requerendo um acompanhamento à beira leito do indivíduo e família, após uma situação potencialmente fatal.

A ansiedade persistente pode afetar a recuperação de um evento coronário agudo, bem como aumentar mesmo o risco de re-enfarte, ainda que a sua relação não seja efetivamente conhecida (McKinley, et al., 2012). O medo da morte e da

perda parecem atingir contornos singulares e suscitam necessidades específicas de intervenção, desde a preocupação e procura clara de vigilância e acompanhamento por uma equipa de saúde altamente capaz mas também a necessidade premente de apaziguamento e cuidados tranquilizadores. Na verdade, o bulício da dor e a sensação de morte iminente unidas ao medo do desconhecido do que está a acontecer pareceram-me, em contexto de prática clínica, sentimentos efervescentes ao indivíduo, impeditivos a uma clara perceção do diagnóstico que lhe foi efetuado bem como à complexidade do tratamento que lhe resolveu toda a sintomatologia exibida.

Paradoxalmente, é neste acompanhamento que parece residir a possibilidade do enfoque na clarificação do sucedido (quer relativamente ao evento decorrido, quer ao tratamento efetuado), imprescindível na introdução de alguns aspetos de educação para a saúde. A curta permanência hospitalar e a alta precoce, preconizada após estudos científicos que mostraram não haver relação entre a redução progressiva do tempo de internamento depois do EAM e a mortalidade posterior, poder-se-á revelar limitativa para a realização de uma educação adequada e para a titulação de programas de prevenção secundária, colocando a equipa de saúde numa corrida em contra relógio na introdução de estratégias de educação para a saúde e anteriores à alta. Ainda que a evidência científica sublinhe a importância de oferecer a estes indivíduos consultas precoces posteriores à alta bem como a opção de frequência em programas formais de reabilitação cardíaca (Cardiology, ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST- segment elevation, 2012), pude constatar, na prática clínica, que a integração dos indivíduos e suas famílias em programas de reabilitação cardíaca é claramente insuficiente.

O acompanhamento às famílias passa também por tornar possível a visita ao seu familiar, o mais cedo possível, aproximando a família no seu todo e tranquilizando todos os seus membros. Uma panóplia de receios traduzidos em dúvidas e questões palpáveis emergem, neste momento, e cabe ao enfermeiro o saber colocar-se em posição de dar resposta a estas questões e apresentar soluções a algumas aspetos práticos e claros do quotidiano vindouro. A procura de

aliados à mudança de comportamentos necessários a um novo projeto de vida do indivíduo torna-se tão possível como necessário.

A pergunta da duração do internamento do seu familiar surgiu-me como das mais frequentemente colocadas, parecendo refletir uma nítida preocupação pela gravidade da situação ocorrida mas também procurando encontrar o impacto da doença na vida do seu familiar e, conseqüentemente, nas suas. No entanto, daqui surge uma questão: como apresentar a mudança comportamental como emergente, na prevenção de episódios CV futuros, quando o internamento se afigura paradoxalmente curto, podendo para um leigo aligeirar a gravidade do ter sofrido um enfarte?

Por outro lado, a curta permanência no hospital parece ditar uma educação para a saúde devidamente estruturada e individualizada, de acordo com os fatores de risco CV mais relevantes para o indivíduo e sua família. Na verdade, não faz sentido a repetição de discursos padronizados ou estereotipados quando o objetivo se prende com mudanças comportamentais profundamente enraizadas no estilo de vida do indivíduo e sua família, sendo este profundamente singular. Expressões do género “A partir de agora tudo será diferente” ou “De aqui em diante, vais ter de fazer o que eu dizer” demonstram a motivação e o empenho dos familiares na ajuda efetiva da pessoa para o estabelecimento de mudanças comportamentais e no controlo da sua condição de cronicidade e eventual limitação funcional.

Chaboyer, Kendall, Kendall, & Foster, (2005) apresentam alguns sentimentos decorrentes da transferência da UCI para a enfermaria, referindo a sensação de abandono aquando da transição pelos enfermeiros da UCI, como também de vulnerabilidade e desamparo no momento da transferência. Na verdade, dúvidas e incertezas sobre o que se irá passar no futuro ou acerca da real melhoria clínica do indivíduo ou o sentimento de desvalorização perante os cuidados de atenção intensa na UCI revelam-se de difícil compreensão e aceitação para os próprios indivíduos mas também para as famílias, que pretendem os melhores cuidados para o seu familiar.

As transições entre setores de saúde apresentam-se como períodos de vulnerabilidade (Stelfox, et al., 2013), podendo ocorrer eventos adversos durante o processo de transferência (Boutilier, 2007). Contrapondo o estado da arte, a

realidade aqui encontrada revelou-se substancialmente diferente, quer pela estrutura física, quer pela própria dinâmica do serviço. À existência de determinadas condições facilitadoras, como a enfermaria ter uma relação de contiguidade com a UCI, a equipa multidisciplinar ser conjunta ou de a UCI integrar doentes que formalmente deveriam ser integrados numa unidade de cuidados intermédios, soma-se-lhe a apresentação da transferência à pessoa e família, por parte de todos os profissionais, como um passo positivo no processo de recuperação do doente, o que corrobora a importância das intervenções defendidas por Chaboyer (2010) e Ball (2008).

Valorizando a transição da UCI para a enfermaria como um processo de construção contínua da autonomia, a pessoa que sofreu um EAM sabe, de antemão, que se a evolução clínica decorrer como previsto, faz levante ao segundo ou terceiro dia após o evento, sendo transferido para a enfermaria geralmente um dia depois. Esta informação precoce relativa à sua evolução clínica e ao seu plano de reabilitação bem como a compreensão das diferenças entre a UCI e a enfermaria, permitem à pessoa e família fazer uma gestão adequada de expectativas face ao futuro. Notei ainda que quase todas as transições para a enfermaria foram realizadas durante o dia, de forma a evitar transferências não planeadas durante o período noturno, ou movimentos tidos como turbulentos para a pessoa e sua família, na consequência da necessidade de vaga efetiva de UCI durante este período, indo, novamente, de encontro ao preconizado por Boutilier (2007) e Ball (2008).

Ainda que o serviço não tivesse ao seu dispor de folhetos de educação para a saúde ou um plano estruturado de preparação para a alta, reparei ainda que todos os doentes capazes ou com indicação para realizar levante eram levados em cadeira de banho assistido ao WC da enfermaria, mostrando um incentivo claro à autonomia e ao autocuidado, esbatendo fronteiras entre os cuidados ditos tecnológicos da UCI e a enfermaria (Boutilier, 2007; Ball, 2008).

Cumulativamente, a inexistência de um plano formal de preparação para a alta e, simultaneamente, o sub aproveitamento do livro “Como viver depois de um Enfarte Agudo do Miocárdio” redigido pelo próprio serviço de cardiologia levou-me a equacionar uma estratégia interventiva. A cooperação em programas de formação avançada de diversas instituições e a clara comunicação da equipa na não

motivação pela integração dos projetos, pareceram ditar a necessidade de reciclar o material já existente. Na verdade, o livro criado pelos próprios profissionais, sendo propriedade e vendido na Liga dos Amigos do hospital, acabou por ser votado ao esquecimento, na medida em que, o serviço não dispunha de um único exemplar para consulta.

O não avanço para a realização de uma sessão formativa para a equipa multidisciplinar ou mesmo a realização de sessões formais de educação para a saúde junto dos doentes e suas famílias ditou a necessidade de encontrar uma nova estratégia. Posto isto, surgiu a ideia de fazer reviver o livro já existente, no qual todos os profissionais de alguma forma se reviam, mediante a construção de folhetos de educação para a saúde utilizando fragmentos do mesmo (Apêndices II, III, IV, V, VI, VII e VIII). McKinley, et al. (2012) relaciona conhecimento prévio ao EAM e complicações pós evento, o que determina por si só a importância da implementação de estratégias que visem a compreensão e controlo da doença cardíaca.

Claro que, da intenção à ação surgiram muitos momentos de discussão e de partilha com a equipa, nomeadamente com a enfermeira chefe e com o enfermeiro orientador pelo meu estágio no serviço, visando a criação de cenários de resolução criativa de problemas. Procurei nestes folhetos, reunir contactos de consultas disponíveis no centro hospitalar em questão bem como de profissionais que cooperantes no âmbito da reabilitação cardíaca, numa tentativa de coordenação de esforços dos pluridisciplinares.

Paralelamente a este contexto de ensino clínico, fui convidada, pela minha enfermeira chefe, para integrar a comissão científica das Jornadas do Doente Crítico do meu centro hospitalar. Se, inicialmente, esta atividade não planeada me suscitou um misto de entusiasmo e de receio, o facto de poder vir a integrar um grupo de trabalho transversal aos dois hospitais e a antevisão da sua potencialidade formativa foram determinantes para a aceitação do desafio. Na verdade, as várias reuniões convocadas para a definição do programa revelaram-se ricas na partilha de interesses ou mesmo de necessidades de formação sentidas nos dois polos responsáveis pela organização das jornadas. A introdução da temática da alta da UCI no programa fora, desde sempre, para mim uma certeza e uma necessidade.

Curiosamente, deparei-me com alguns obstáculos ou impedimentos relativamente ao tema. Notei que, de algum modo, a alta da UCI era encarada como uma temática melodramática. No entanto, a conquista de ter uma mesa relativa à continuidade de cuidados, na qual outros temas teriam espaço, tais como a família na UCI e a articulação do enfermeiro especialista com o enfermeiro generalista, revelou-se uma força motriz para o desenvolvimento, ou talvez para a apresentação, de algumas pedras basilares à construção do meu projeto.

Esta oportunidade, se por um lado, se revelava crucial na apresentação, perante a minha instituição, desta minha área de interesse e de trabalho dos meus últimos tempos, por outro, constituía uma forma de influência positiva no âmbito do campo de estágio onde estava. A partilha da minha apresentação (Apêndice IX) com a enfermeira chefe e com o enfermeiro orientador poderá ter tido um papel catalisador de mudança ou apenas de alguma sensibilização.

A preparação da minha apresentação propriamente dita exigiu-me a efetivação de uma pesquisa indexada na ESBCO, nomeadamente, na *MedLine* e na *Cinhal Plus Full Text*, na procura do estado da arte relativamente ao tema da alta da UCI. Os descritores utilizados para a pesquisa foram os seguintes: *discharge from ICU OR after critical care AND nursing*. Como limitadores da pesquisa foram definidos os seguintes: o limite temporal de Janeiro de 2007 a Dezembro de 2013, a faixa etária *All adult* e *Full text* com resumo disponível. Desta pesquisa, encontrei 13 resultados, tendo selecionado apenas 5 com base na leitura do resumo e da pertinência para a problemática inicialmente definida. Atendendo aos principais resultados encontrados, importa realçar os seguintes itens:

I) A alta da UCI “*after hours*” relaciona-se com maior risco de morte e de readmissão (Laupland, Misset, Souweine, 2011/ Pilcher, Duke, George et al, 2007);

II) Na UCI, o recurso à escrita de diários surge como um ato de cuidado mas também com intencionalidade terapêutica (Gjenjedal, Storli, Holme et al, 2010);

III) A qualidade de vida dos “*survivors*” da UCI é pobre, sendo melhor aos dezoito meses após a alta (Fildissis, Zildianakis, Tsigou et al, 2007);

IV) O envolvimento mútuo das equipas dos diferentes setores de cuidados contribui para a resolução de possíveis problemas associados à alta da UCI. O

follow-up é encarado como agente catalisador de mudança (Chaboyer, Lin, Foster et al, 2012).

O encontro destes resultados e sua discussão posterior bem como outros artigos de revisão bibliográfica revelaram-se fundamentais na compreensão da temática da alta da UCI como um todo, ainda que a especificidade do contexto no período pós enfarte não tenha sido procurado ou abordado.

Por outro lado, a apresentação de um tema com sustentabilidade científica e metodológica garantiu-me uma segurança crucial quando, de repente, me vi a partilhar com outros profissionais, colegas de profissão ou não, conteúdos que para muitos poderiam cruzar o domínio do desconhecido. A partilha apaixonada pelo tema em si, mas devidamente fundamentada, impediu-me de ser vista como uma romântica irrealista mas, ao invés, suscitar a atenção e, posteriormente, as felicitações, de alguns colegas que se mostraram inicialmente pouco convencidos relativamente ao interesse do tema.

Tive ainda oportunidade de ser moderadora do fórum de discussão “Desafios no controlo de infeção hospitalar”, ainda nas mesmas jornadas. Moderar uma mesa redonda ou um fórum de discussão, se, para muitos, não é mais do que as saudações à plateia ou a apresentação e felicitação aos preletores, para mim mostrou-se uma forma de introduzir motes de preocupação do enfermeiro especialista. Em reuniões anteriores com as responsáveis da Comissão de Controlo de Infeção, foi sublinhada a importância da apresentação de aspetos práticos em detrimento de teorizações acerca das formas de transmissão dos principais microorganismos de infeção hospitalar, em ambiente de UCI. Assim, preocupei-me, enquanto moderadora, em ser sensível aos silêncios da plateia e em colocar perante todos algumas das minhas principais dificuldades, enquanto enfermeira de cuidado, em cumprir as recomendações de controlo de infeção, como forma de potenciar a discussão.

Importa ainda referenciar que, a participação em jornadas ou congressos na área da pessoa em situação crítica constituiu um importante contributo para a aquisição de competências de enfermagem especializadas, na medida em que fomentou a partilha de experiências com peritos na área, momentos de debate e de reflexão, à luz de um pensamento específico de enfermagem. Neste sentido,

considero ter desenvolvido maior sensibilidade teórica para alguns problemas dominantes na atualidade e para a necessidade de conceptualizar e sustentar sempre os processos de tomadas de decisão, junto da equipa de saúde e da pessoa/família, articulando os saberes, valores e princípios da profissão.

Por fim, a construção do jornal de aprendizagem revelou-se como uma atividade fundamental, transversal aos diferentes percursos de estágio. A análise e reflexão sobre situações vivenciadas permitiram-me colocar em confronto e interação dinâmica a minha ação, os sentimentos e pensamentos subjacentes com alguma literatura, possibilitando uma nova compreensão da situação. Na verdade, a reflexão sobre as práticas aborda a enfermagem de forma mais crítica, intencional e sistemática, permitindo obter conhecimentos adicionais a partir das experiências práticas (Santos e Fernandes, 2004).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As doenças CV surgem como um problema de saúde global no mundo pelo que a compreensão do seu impacto nas populações aparece como um eixo central nas estratégias de intervenção de saúde. Em Portugal, os dados estatísticos referentes às doenças CV, nas quais o EAM se inclui, não escapam à média da realidade mundial ou europeia bem como a preocupação acérrima em relação a este problema.

De facto, a criação da VVC reflete essa mesma preocupação como também a importância da celeridade do processo de diagnóstico e do tratamento na hipótese de sobrevivência das pessoas com EAM. Considerando que, o EAM poderá ser a primeira manifestação de doença coronária e tornar-se num acontecimento repetido, torna-se pertinente o planeamento e efetivação de ações dirigidas à possibilidade de novo enfarte ou de outro risco CV e à capacitação do indivíduo e sua família na gestão da própria doença. Por outro lado, atendendo a que se preconiza, cada vez mais, a precocidade na alta da UCI do indivíduo em contexto de pós enfarte, o seu planeamento e preparação torna-se crucial. O enfermeiro, sendo um ator privilegiado de cuidado à pessoa e família, assume um especial destaque enquanto agente facilitador na vivência de transições.

Boutilier (2007) salienta que, em ambientes de cuidados de saúde, as transferências de doentes de um serviço para o outro são comuns, podendo desencadear efeitos negativos. Chaboyer W. , Kendall, Kendall, & Foster (2005) referem que a alta da UCI se assume como sendo uma das experiências mais stressantes para os indivíduos e suas famílias. Idealmente, as transições devem representar movimentos seguros e eficientes entre os diferentes níveis de cuidados, enquanto que a evidência científica indica claramente a possibilidade de algumas implicações a curto e médio prazo relacionadas com as transições vividas pelos indivíduos em UCI. Desta forma, torna-se imperativo a instituição de estratégias dirigidas de forma a colmatar as dificuldades aquando da transição (Chaboyer, Kendall, & James, Transitional Care after Intensive Care Unit: Current Trends and Future Directions, 2005). Perspetivar esta vivência de acordo com a ótica de Afaf

Meleis, possibilita uma melhor compreensão da pessoa em mudança e o delinear de estratégias facilitadoras neste sentido.

Como requisitos à alta, Meleis (2010) apresenta a sua preparação e competência para manter o autocuidado em casa bem como alguns fatores psicossociais (como estratégias de *coping* e suporte social) tão necessários como a estabilidade física e a capacidade funcional. Uma educação e preparação antecipatória adequadas ao futuro e o acesso fácil a cuidados de saúde e recursos comunitários são ainda definidos como fundamentais à alta efetiva.

A aplicabilidade da evidência científica sugere a importância da preparação da alta em UCI, ao que lhe acresce a especificidade do contexto e, considerando a vulnerabilidade à repetição, a pertinência de estratégias de prevenção secundária após episódios de enfarte. A criação de um projeto de cuidado transicional à pessoa vítima de EAM e sua família, considerando a transição da UCI para a enfermaria e a preparação para a alta, exige cuidados especializados à pessoa em situação crítica na antecipação do risco e na resolução saudável dos fenómenos complexos que caracterizam, efetivamente, uma transição. Meleis (2010, p. 156) refere que cuidados e atividades transicionais coordenadas são fundamentais para a satisfação e perceção positivas face à alta como também para a capacidade de gerir os cuidados necessários no domicílio. À participação ativa do doente, acrescenta-se-lhe a necessidade premente de uma colaboração interdisciplinar na preparação da alta e numa identificação congruente de necessidades e prioridades de aprendizagem ou mudança na tríade do indivíduo, família e equipa de cuidados. Uma transição hospital-domicílio bem sucedida pode ser encarada como um *outcome* transicional no *continuum* de cuidados.

Comungando dos pressupostos acima mencionados, considero ter atingido, na sua globalidade, os objetivos previamente traçados para o 3º semestre, nos diferentes contextos de prática clínica, possibilitando-me não só o desenvolvimento de competências gerais do enfermeiro especialista como também de competências específicas na área de especialização em enfermagem à pessoa em situação crítica, em particular à pessoa com EAM e sua família.

Atendendo ao modelo de Dreyfus de aquisição de competências aplicado à enfermagem, e definidos por Benner (2001), às competências instrumentais,

interpessoais e sistémicas preconizadas nos descritores de Dublin para o 2º ciclo de estudos (DGES, 2000), ao perfil de competências definido pela ESEL para o curso de mestrado em enfermagem, área de especialização pessoa em situação crítica (ESEL, 2010), ao regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista e ao regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem à pessoa em situação crítica, penso ter adquirido e desenvolvido competências especializadas de enfermagem, das quais destaco:

- A promoção da melhoria da qualidade de cuidados de enfermagem à pessoa com EAM e sua família;
- A gestão dos cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e articulação na equipa multiprofissional nas múltiplas transições experienciadas pela pessoa com EAM e sua família;
- A mobilização de sólidos e válidos padrões de conhecimento aquando da praxis clínica;
- O cuidado à pessoa e família a vivenciar processos complexos de doença crítica ou falência orgânica, nomeadamente, à pessoa com EAM e sua família na transição da UCI para a enfermaria.

Sabendo, de antemão, que a metodologia de projeto se redefine em função de acontecimentos previstos e imprevistos e valorizando sempre a singularidade dos contextos da prática e seu potencial formativo, o desenvolvimento de competências especializadas nos diferentes campos de estágio foi baseado nas experiências de prestação de cuidados e sustentado pela procura permanente de revisão de literatura e seleção de fontes de informação ditas como relevantes ou pertinentes para a tomada de decisão. Sublinho ainda um trabalho continuado de reflexão individual e coletiva (enfermeiros orientadores, pares e tutor), visando um trabalho de autoanálise e autocrítica do desempenho.

Nas profissões de relação (ou de cuidado ao outro), parece inegável o poder que o objeto de trabalho devolve ao trabalhador, sendo nestas complexas relações estabelecidas e nas respostas que daí advêm que o profissional se posiciona perante si próprio e perante o outro (Serra, 2013).

O cuidado à pessoa e família a vivenciar EAM e sua família, em contexto de prática clínica, colocou-me em posição privilegiada de desenvolvimento de algumas

das competências preconizadas por Benner (2001), nomeadamente: na vigilância do doente (antecipação do risco) e gestão eficaz de situações de evolução rápida, na administração e vigilância de protocolos terapêuticos, na ajuda à pessoa e família (promoção do conforto, gestão da dor, comunicação e relação terapêutica) e, por fim, na educação e orientação, atendendo à interpretação construída e às implicações da doença no quotidiano.

Por outro lado, a compreensão alargada do problema, o conhecimento do que se faz na prática e a experiência aqui documentada penso que me colocam no último nível de proficiência defendido por Benner (De iniciado a perito, 2001, p. 52), ao conceber a enfermeira perita como aquela que “ (...) tem uma enorme experiência, compreende, agora, de maneira intuitiva cada situação e apreende diretamente o problema sem se perder num largo leque de soluções e de diagnósticos estéreis.”

Na verdade, ainda que o meu contexto profissional entretanto se tenha alterado, as aprendizagens daqui resultantes foram sendo, paulatinamente, apropriadas, reconstruídas e transferidas para o meu novo contexto de prática profissional.

Para Zabala e Arnau (2010), a capacidade de reflexão acerca da produção da própria aprendizagem é facilitadora não só de novas aprendizagens como possibilita que as últimas aconteçam de modo mais profundo e mais significativo. Assim, a regulação da própria aprendizagem revela-se um fator decisivo na aprendizagem de competências, permitindo o planeamento e aplicação das estratégias mais adequadas a cada situação, controlo e avaliação do processo, bem como a capacidade de transferência de competências para uma nova prática.

Na verdade, na minha nova prática, nomeadamente no contexto da Neonatologia, deparei-me com percursos longos e sinuosos e uma multiplicidade de transições vividas pelos pais, nos quais o enfermeiro assume um papel preponderante no acompanhamento às famílias, desde o acolhimento do recém-nascido na UCI até ao seu regresso a casa, visando não só a capacitação e autonomia dos pais nos cuidados ao bebé e a preparação para a alta como também o próprio processo de parentalidade. Paralelamente, passei a integrar uma equipa de cuidados dotada de uma enorme sensibilidade natural e envolvimento empático

com os pais, na qual a minha ação passou a incorporar a bagagem de aprendizagem e competências anteriormente desenvolvidas.

A construção deste relatório de estágio, enquanto reflexo do trabalho desenvolvido nos diferentes momentos de prática clínica, constitui, simultaneamente, um estímulo e um desafio, fazendo-me sobressair uma responsabilidade acrescida, enquanto profissional.

O presente documento revela-se, ainda, um contributo para o desenvolvimento da enfermagem, na medida em que, evidencia a necessidade de cuidados de enfermagem especializados à pessoa com EAM e sua família, atendendo aos múltiplos e processos transicionais complexos vividos e, em especial, na transição da UCI para a enfermaria. A influência positiva na melhoria das práticas de cuidados no âmbito da problemática apresentada, mediante a sensibilização, (co)responsabilização e envolvimento para a capacitação das equipas de enfermagem, mostra um ganho efetivo para a profissão. Por outro lado, este trabalho suscita interesse para a investigação, na medida em que desperta para problemáticas emergentes ao nível da prática de enfermagem, como sendo preocupações claras e dirigidas aos períodos de transição, em contexto de pós EAM.

Ainda que a transição da UCI para a enfermaria mereça especial destaque, na realização deste trabalho, a necessidade de uma compreensão mais extensa e minuciosa das diferentes transições hospital-domicílio incentiva a realização de outros estudos. O estudo do impacto da implementação de estratégias na transição UCI-enfermaria, eventualmente, nos gabinetes de *follow-up*, poderá deter especial interesse.

Como obstáculos e constrangimentos à realização do ensino clínico e à construção do presente relatório, saliento a dificuldade na conciliação de horários, pela não possibilidade de trocas aquando do meu período de integração no novo serviço bem como o reassumir, de novo, o papel de estudante e o peso da avaliação que lhe está inerente. Recordo ainda a busca permanente de informação em áreas nas quais não tinha experiência prévia e nas quais os meus conhecimentos se afiguravam como menos específicos, no âmbito do politrauma, triagem de

Manchester ou da abordagem à pessoa com dor torácica sugestiva de SCA e sua família no SU, dificuldades mais evidentes no ensino clínico II.

Posto isto, finalizo este relatório com a responsabilidade de atualização contínua na temática em causa. Na procura da melhor evidência científica disponível bem como na reflexão sistemática dos fenómenos de enfermagem observados, penso ter conseguido desenvolver um melhor julgamento clínico e tomadas de decisão mais sólidas e conscientes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agard, A. S., & Lomborg, K. (2010). Understanding the needs and experiences of families. Flexible family visitation in the intensive care unit: nurses' decision-making. *Journal of Clinical Nursing*, 1106-1114.
- Assembleia da República. (2014). Lei Nº 15/2014 de 21 de Março. Lei consolidando a legislação em matéria de direitos e deveres do utente dos serviços de saúde. *Diário da República*, 1.ª série — N.º 57 — 21 de Março de 2014.
- Ball, C. (2008). Improving rehabilitation following transfer from ICU. *Intensive and Critical Care Nursing* Nº24, 209-210.
- Barbier, J.-M. (1991). *Elaboração de Projetos de Ação e Planificação*. Porto: Porto Editora.
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito*. Coimbra: Quarteto.
- Benner, P., Kyriakidis, P. H., & Stannard, D. (2011). *Clinical Wisdom and Interventions in Acute and Critical Care*. New York: Springer Publishing Company.
- Bettger, J., Alexander, K., Dolor, R., Olson, D., Kendrick, A., Wing, L., et al. (2012). Transitional care after hospitalization for acute stroke or myocardial infarction. *Annals of Internal Medicine* Vol 157 Nº 6, 407-415.
- Boutilier, S. (2007). Leaving critical care: Facilitating a smooth transition. *Dimension of critical care nursing*, 137-42.
- Cardiology, E. S. (2012). ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST- segment elevation. *European heart journal*, 2569-619.
- Cardiology, E. S. (2012). *European Cardiovascular Disease Statistics*. Brussels: European Society of Cardiology.

- Chaboyer, Lin, & Foster. (2012). Redesigning the ICU nursing discharge process: a quality improvement study. *World Views on Evidence-based Nursing*, 40-48.
- Chaboyer, W. (2006). Intensive Care and beyond:improving the transitional experiencies for critically ill patients and their families. *Intensive and Critical Care Nursing Nº 22*, 187-193.
- Chaboyer, W., Kendall, E., Kendall, M., & Foster, M. (2005). Transfer out of Intensive Care. *Australian Critical Care*, 138-145.
- Chaboyer, W., Kendall, M., & James, H. (2005). Transitional Care after Intensive Care Unit: Current Trends and Future Directions. *Critical Care Nursing*, 16-29.
- Chick, N., & Meleis, A. (2010). Transitions: a nursing concept. In A. Meleis, *Transitions theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and pratice* (pp. 24-38). New York: Springer Publishing Company.
- Coordenação Nacional das Doenças Cardiovasculares. (2010). *Vias Verdes Coronária e do Acidente Vascular Cerebral Indicadores de Actividade 2010*. Lisboa: Publicação da Coordenação Nacional para as Doenças Cardiovasculares.
- Critical Care Medicine, S. (1999). Guidelines for ICU Admission, Discharge, and Triage. *Critical Care Medicine* 27 (3), 633-638.
- Davidson, J., Powers, K., Hedayat, K., & Tieszen, M. (2007). Clinical pratical guidelinesfor support of the family for the patient-centered intensive care unit: American College of Critical care Medicine Task Force 2004-2005. *Critical Care Medicine Vol 35 No2*, 608-622.
- DGES. (2000). *Descritores de Dublin, de processos de Bolonha – objectivos e linhas de acção*. Obtido em 9 de Maio de 2013, de Direcção Geral do Ensino Superior:
<http://www.dges.mctes.pt/DGES/pt/Estudantes/Processo+de+Bolonha/Objectivos/Descritores+Dublin/>

- Direção Geral de Saúde. (2004). *Plano Nacional de Saúde 2004-2010*. Obtido em Janeiro de 2013, de Direção Geral de Saúde: <http://www.pns.dgs.pt>
- Direção Geral de Saúde. (Maio de 2013). *Plano Nacional de Saúde 2012-2016 Versão Resumo*. Obtido em 17 de Março de 2015, de Direção Geral de Saúde: <http://pns.dgs.pt/files/2013/05/Versao-resumo.pdf>
- Eggenberger, S., & Nelms, T. (2007). Being family : the family experience when an adult member is hospitalized with a critical illness. *Journal of Clinical Nursing*, 1618-1629.
- ESEL. (2010). *Regulamento de Mestrados*. Lisboa: Escola Superior de Enfermagem, de Lisboa.
- Fernandez, R. S., Davidson, P., Griffiths, R., Juergens, C., & Salamonson, Y. (2009). Development of a health-related lifestyle self-management intervention for patients with coronary heart disease. *Heart and Lung Vol 38, No 6*, 491-498.
- Fildissis, Zidianakis, & Tsigou. (2007). Quality of life Outcome of critical care survivors eighteen months after discharge from intensive care. *Croatia Medical Journal*, 814-821.
- Hallgrimsdottir, E. (2004). Caring for families in A&E departments: Scottish and Iceland nurses opinions and experiences. *Accident and Emergency nursing*, 114-120.
- Instituto Nacional de Estatística. (Edição 2012). *Anuário Estatístico de Portugal 2011*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.
- Jaarsma, T., Halfens, R., Abu- Saad, H. H., Dracup, K., Gorgels, T., Ree, J. v., et al. (1999). Effects of education and support on self-care and resource utilization in patients with heart failure. *European Heart Journal*, 20, 673-682.
- Kaakinen, J. R., Coehlo, D. P., Gelady-Duff, V., & Hanson, S. M. (2010). *Family Health Nursing: Theory, Practice and Research*. Philadelphia: F.A. Davis Company.

- Kristofferzon, M.-L., Löfmark, R., & Carlsson, M. (2007). Striving for balance in daily life: experiences of Swedish women and men shortly after a myocardial infarction. *Journal of clinical nursing* Vol 16, 391-401.
- Laupland, Misset, & Souweine. (2011). Mortality associated with timing of admission to and discharge from ICU: a retrospective cohort study. *BMC health services research*, 1-8.
- Leite, E., Malpique, M., & Santos, M. (2001). *Trabalho de Projeto 1. Aprender por objetivos centrados em problemas*. Porto: Edições Afrontamento.
- McKinley, S., Fien, M., Riegel, B., Meischke, H., AbuRuz, M. E., Lennie, T. A., et al. (2012). Complications after acute coronary syndrome are reduced by perceived control of cardiac illness. *Journal of Advanced Nursing* 68 (10), 2230-2330.
- Meleis, A. (2010). *Transitions theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. New york: Spring Publishing Company.
- Mitchell, M., Chaboyer, W., Burmeister, E., & Foster, M. (2009). Positive effects of a nursing intervention on Family Centered-Care in Adult Critical Care. *American Journal Critical Care*, 543-552.
- O’Gara, P., & et al. (2013). 2013 ACCF AHA Guideline for the Management of ST-Elevation of Myocardial Infarction. *Journal of The American College of Cardiology* Vol.61 No.4, 78-140.
- Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Enquadramento Conceptual e Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Divulgar.Conselho de Enfermagem.
- Ordem dos Enfermeiros. (2010a). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Lisboa: Conselho de Enfermagem.
- Ordem dos Enfermeiros. (2010b). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica*. Lisboa: Conselho de Enfermagem.

- Ordem dos Enfermeiros. (2010c). *Regulamento para o Exercício Profissional dos Enfermeiros: Estatuto*. Obtido em 1 de Maio de 2013, de Ordem dos Enfermeiros:
http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/REPE_EstatutoOE_2011.pdf
- Perk, J., De Backer, G., Gohlke, H., Graham, I., Reiner, Z., Verschuren, M., et al. (2012). European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012). The Fifth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice. *European heart journal*, 1635-701.
- Pilcher, Duke, & George. (2007). After-hours discharge from intensive care increases the risk of readmission and death. *Anaesth Intensive Care*, 477-485.
- Pinto, D., Lunet, N., & Azevedo, A. (Junho de 2010). Sensibilidade e especificidade do Sistema de Manchester na triagem de doentes com síndrome coronária aguda. *Revista Portuguesa de Cardiologia Vol. 29(6)*, pp. 961-987.
- Pinto, E. (2010). *Apresentação clínica de Síndrome Coronário Agudo no Serviço de Urgência*. Porto.
- Rogers, A. C. (1997). Vulnerability, health and health care. *Journal of Advanced Nursing*, Nº 26, pp. 65-72.
- Ruivo, M., Ferrito, C., & Nunes, L. (Janeiro-Março de 2010). Metodologia do Projeto-Colectânea descritiva de etapas. *Revista Percursos Nº15*, pp. 1-38.
- Santos, E., & Fernandes, A. (2004). Prática reflexiva: guia para a reflexão estruturada. *Revista Referência*, 59-62.
- Serra, M. (2013). *Aprender a Ser Enfermeiro*. Loures: Lusodidacta.
- Sheehy, S. (2001). *Enfermagem de Urgência: Da teoria à prática*. Loures: Lusociência.

- Stelfox, H., Perrier, L., Strauss, S., Ghali, W., Zygun, D., Boiteau, P., et al. (2013). Identifying intensive care unit discharge planning tools: protocol for a scoping review. *bjopen online*.
- Storli, Holme, & Gjenjedal. (2010). An act of caring - patient diaries in Norwegian intensive care units. *Nursing in critical care*, 176-184.
- Storli, S., & Lind, R. (2009). The meaning of follow-up in intensive care: patient's perspective. *Scandinav Journal Caring N23*, 45-56.
- Stromberg, A. (2006). Patient-related factors of compliance in heart failure: some new insights into an old problem. *European Heart Journal*, 379-381.
- Tyghessen, K., Alpert, J. S., Jaffe, A. S., Simoons, M. L., Chaitman, B. R., & White, H. D. (2012). *Third universal definition of myocardial infarction*. Obtido em 4 de Maio de 2013, de www.spc.pt: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22922414>
- Verhaeghe, S., Defloor, T., Van Zuuren, F., Duijnste, M., & Grypdonck, M. (2005). The needs and experiences of family members of adult patients in an intensive care unit: a review of the literature, N°14. *Journal of Clinical Nursing*, pp. 501-509.
- WHO. (2000). *Munich Declaration: Nurses and midwives: A force for Health*. Obtido em Fevereiro de 2015, de World Health Organization: www.euro.who.int
- World Heart Federation. (2011). *Global Atlas on cardiovascular disease prevention and control*. Geneva: World Health Organization in collaboration with World Heart Federation and World Stroke Organization.
- Zabala, A., & Arnau, L. (2010). *Como aprender e ensinar competências*. Porto Alegre: Artmed.

APÊNDICES

Apêndice I – Desenho de Projeto “Cuidados Especializados de Enfermagem à pessoa vítima de Enfarte Agudo do Miocárdio e sua família, na transição da UCI para a Enfermaria”

3º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

Unidade Curricular: Trabalho de Projeto – Módulo II

**CUIDADOS ESPECIALIZADOS DE ENFERMAGEM À
PESSOA VÍTIMA DE ENFARTE AGUDO DO MIOCÁRDIO
E SUA FAMÍLIA, NA TRANSIÇÃO DA UCI PARA A
ENFERMARIA**

DESENHO DE PROJETO

Carla Cristina Martins Marques, nº4761

Lisboa
Julho, 2013

3º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

Unidade Curricular: Trabalho de Projeto – Módulo II

**CUIDADOS ESPECIALIZADOS DE ENFERMAGEM À
PESSOA VÍTIMA DE ENFARTE AGUDO DO MIOCÁRDIO
E SUA FAMÍLIA, NA TRANSIÇÃO DA UCI PARA A
ENFERMARIA**

DESENHO DE PROJETO

Carla Cristina Martins Marques, nº4761

Orientação Tutorial: Prof. Jorge Ferreira

Lisboa

Julho, 2013

ÍNDICE

	Página
INTRODUÇÃO	9
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	13
1.1. Seleção da área temática	13
1.2. Quadro referencial	20
1.3. Competências e objetivos	21
2. METODOLOGIA	25
2.1. Idas a campo	26
2.2. Planeamento dos Ensinos Clínicos para o 3º Semestre	26
CONSIDERAÇÕES FINAIS	31
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	33
APÊNDICES	
Apêndice I - Idas a campo: Guião de entrevista para SU	
Apêndice II - Idas a campo: Guião de entrevista para UCI	
Apêndice III - Idas a campo: Objetivos, atividades e principais conclusões	
Apêndice IV - Cronograma para o 3º Semestre	

LISTA DE ABREVIATURAS

CK - Creatina Quinase

CV - Cardiovascular

EAM - Enfarte Agudo do Miocárdio

ECG - Eletrocardiograma

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

REPE - Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

UCI - Unidade de Cuidados Intensivos

SU - Serviço de Urgência

INTRODUÇÃO

No âmbito do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica e na Unidade Curricular de Opção: Módulo II, surge a proposta da realização de um trabalho de projeto, enquanto esboço de um plano de intervenção a desenvolver no 3ºSemestre, Ensino Clínico conforme o delineado no plano de estudos deste mestrado.

Ora, sabendo, de antemão, que o projeto é um processo antecipatório, caracterizado pela combinação de meios e recursos a utilizar, de forma a atingir os objetivos definidos (Barbier, 1991) e cuja construção transporta consigo um trabalho de redefinição constante e progressiva, importa explicitar a realização do meu percurso na elaboração deste desenho de projeto. Atendendo à própria definição de projeto, a seleção da área a estudar surge enquanto interesse e intenção suscitada por uma motivação e animada por uma orientação valorativa, cujo trajeto deve ter em consideração as condições do contexto e os acontecimentos previsíveis e imprevisíveis.

De acordo com Tygessen, Alpert, Jaffe, Simoons, Chaitman, & White (2012), o EAM apresenta-se como sendo a maior causa de morte e de incapacidade no mundo inteiro, podendo ser o primeiro episódio de doença cardiovascular (DCV) ou, por outro lado, ocorrer de forma repetida em pessoas com doença diagnosticada e risco cardiovascular (CV) calculado. Paralelamente, as DCV surgem como um problema de saúde global e transversal, nas quais a compreensão do seu impacto nas populações se afigura como um eixo central nas estratégias de intervenção. Atendendo ao seu cariz de desenvolvimento gradual, as DCV surgem maioritariamente nos ditos países desenvolvidos. Na verdade, a sua incidência aparece correlacionada com os estilos de vida das populações, ao que a Organização Mundial de Saúde (OMS) declara que 75% da mortalidade associada à doença CV é passível de ser minimizada com base na modificação dos estilos de vida e, sendo que, é no reconhecimento da aterosclerose como progressiva que a

prevenção, quer primária, quer secundária das DCV, ganha sentido (Perk et al., 2012).

A convicção pessoal de que o enfarte agudo do miocárdio (EAM), quer enquanto incidente isolado, quer enquanto fenómeno de repetição constitui uma mudança de enorme impacto para o próprio e sua família, cuja compreensão, acompanhamento e intervenção importam ser consideradas, sobressai como motivação intrínseca na intencionalidade do cuidar da pessoa em situação crítica. De facto, “as transições são caracterizadas por diferentes estádios dinâmicos, marcos e pontos de viragem, podendo ser definidas por meio de processos e resultados” (Meleis, 2010, p.11) e, simultaneamente, despoletadas por eventos críticos e mudanças no indivíduo ou ambiente. Os enfermeiros, enquanto principais cuidadores dos indivíduos e famílias sujeitos a um processo de transição, surgem como figura central na gestão de possíveis vulnerabilidades. Por outro lado, a minha própria experiência de vulnerabilidade, enquanto enfermeira de Unidade de Cuidados Intensivos (UCI), surge do confronto com a própria fragilidade da vida humana e do confronto decorrente do sofrimento da família.

De acordo com Boutilier (2007), a alta da UCI pode efetivamente ser encarada como uma transição, sendo o processo de transferência passível de ser interpretado sob diferentes óticas e analisado segundo múltiplos fatores. Ainda que, maioritariamente, signifique uma evolução clínica positiva, este processo de transferência pode ser vivenciado de forma negativa, no qual *stress*, angústia, incerteza e sofrimento são exemplos de alguns sentimentos verbalizados pelos indivíduos e famílias. Benner, Kyriakidis, & Stannard (2011) definem algumas funções do enfermeiro de UCI, destacando a antecipação do risco e vulnerabilidade de pessoas em particular como também a prevenção de problemas potenciais, numa perspectiva de “quase premeditação” clínica (p.71).

Posto isto, a concretização deste projeto prevê o desenvolvimento de competências individuais, na prestação de cuidados especializados à pessoa vítima de EAM e sua família em contexto de urgência, hemodinâmica e UCI

coronária, que considero serem fundamentais para o meu crescimento profissional e num plano de mudança coletiva em contexto de trabalho.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.1. Seleção da área temática

Em virtude de uma melhor compreensão do fenómeno em estudo, importa esclarecer, de antemão, a definição de EAM. O enfarte pode ser reconhecido mediante características clínicas, nomeadamente por achados electrocardiográficos e pela elevação de alguns marcadores bioquímicos cardíacos de necrose do músculo cardíaco, como também por exames complementares de diagnóstico de imagem ou apenas pela sintomatologia exibida. Sendo o EAM a maior causa de morte e de incapacidade no mundo inteiro e podendo ocorrer de forma única ou, ao invés, de modo repetido (Tygessen, Alpert, Jaffe, Simoons, Chaitman, & White, 2012, p.3), parece consensual a necessidade de preocupação das entidades de saúde a diferentes níveis, quer no conhecimento dos problemas atuais, quer na redefinição de estratégias de intervenção.

O termo EAM pode ter implicações psicológicas *major* e legais para o indivíduo, família e sociedade em geral, sendo considerado indicador de um dos principais problemas de saúde no mundo (DCV) e, simultaneamente, resultado de triagens clínicas, estudos observacionais e programas qualificados de assistência (Tygessen, Alpert, Jaffe, Simoons, Chaitman, & White, 2012, p.3). Não obstante, o desenvolvimento cada vez maior de marcadores bioquímicos específicos e de exames imagiológicos progressivamente mais sensíveis e, portanto, de maior utilidade clínica, a OMS apresenta o diagnóstico de EAM tendo como fundamento a sintomatologia, as alterações do electrocardiograma (ECG) e a elevação das enzimas cardíacas. Por outro lado, a interrupção de aporte de sangue ao coração conduz a um desequilíbrio entre as necessidades de oxigénio e nutrientes do miocárdio e o verdadeiro fornecimento ao mesmo, denominando-se isquémia. Não havendo resolução

da isquémia, poderá haver lesão e disfunção do tecido cardíaco com maior ou menor impacto na função do coração (Frank, Bonney, Bonney, Weitzel, Koeppen, & Einkle, 2012, p.123) .

A *European Society of Cardiology* apresenta uma definição consensual de EAM, sugerindo que o termo deverá ser utilizado perante evidência de necrose miocárdia num cenário clínico de isquémia cardíaca. As presentes *guidelines* dizem respeito a doentes com sintomas de isquémia e com elevação persistente do segmento ST no ECG como também a elevação dos marcadores cardíacos- Creatina Quinase (CK) e Troponina. (Cardiology, ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST- segment elevation, 2012)

De acordo com dados estatísticos internacionais, as DCV, nas quais se incluem a doença coronária, acidente vascular cerebral e doença de vasos sanguíneos, são responsáveis por 17,3 milhões de mortes ao ano, assumindo-se, deste modo, como uma das principais causas de mortalidade a nível mundial. Na verdade, dos 57 milhões de mortes no mundo, 30% das mortes (17,3 milhões) são de causa CV. (W.Federation, 2011, p.16). Corroborando estes números, dados estatísticos europeus apontam igualmente a DCV como sendo a principal causa de morte na Europa, ainda que com diferenças significativas nos índices de mortalidade nos diversos países, enquanto que a doença coronária surge como responsável de 1,8 milhões de mortes, por ano (Cardiology, 2012).

Em Portugal, 31670 óbitos, de um total de 103203, devem-se a doenças do aparelho circulatório, assumindo-se como uma das principais causas de morte e situadas ao lado de tumores malignos, conforme dados divulgados no Anuário Estatístico referente a 2011. Numa outra ótica, em 2011 “ (...) a mortalidade por doenças do aparelho circulatório foi de 3,0 óbitos por mil habitantes” (Instituto Nacional de Estatística, Edição 2012, p.174).

De forma paralela, a sustentabilidade económica dos sistemas de saúde é uma das preocupações atuais nas agendas políticas dos vários países à escala mundial, na defesa acérrima de um bem comum como a qualidade e o

acesso de todos os cidadãos à saúde. Na verdade, uma larga proporção das DCV são potencialmente prevenidas (W.Federation, 2011), ainda que as intervenções, de índole preventiva, se revelem insuficientes ou inadequadas. Inúmeros estudos têm sido realizados de forma a objectivar as mais-valias da prevenção primária ou secundária, no âmbito da doença CV. Atendendo ao facto de que, o EAM poderá ser a primeira manifestação de doença coronária e tornar-se numa identidade nosológica recorrente, parece ser preponderante a pertinência de ações dirigidas à possibilidade de reinfarte ou de outro risco CV.

A celeridade do processo da chegada ao hospital, surge como pedra angular na hipótese de sobrevivência das pessoas vítimas de EAM. Na verdade, a mortalidade associada ao EAM surge como superior a 90% quando o período de tempo decorrido, desde o início da sintomatologia até à possibilidade de observação, diagnóstico, acompanhamento e intervenção hospitalar, é curto (Werdan, Rub, Buerke, Delle-Karth, Geppert, & Schöndule, 2012). A Via Verde Coronária em Portugal, enquanto “ (...) estrutura organizativa, representa um investimento de recursos materiais e humanos” (p.5), prevendo a redução da morbilidade e mortalidade decorrente do EAM, em virtude do aumento da rapidez do processo (Coordenação Nacional Doenças Cardiovasculares, 2010).

No que diz respeito à epidemiologia do EAM com supra ST, a incidência das admissões hospitalares varia largamente nos diferentes países pertencentes à *European Society of Cardiology*, ao mesmo tempo que a incidência do EAM com supra ST decai comparativamente ao EAM sem elevação do segmento ST (Cardiology, ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST- segment elevation, 2012). Por outro lado, vários fatores são apontados como fatores de influência na mortalidade por EAM com supra ST, no entanto sublinham-se alguns estudos atuais que relatam uma diminuição na mortalidade, quer na fase aguda, quer a longo termo, perante a instituição de terapia de revascularização precoce, intervenção coronária percutânea primária, terapêutica anti-trombótica moderna e tratamentos de prevenção secundária (Cardiology, ESC Guidelines

for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST- segment elevation, 2012).

Apesar de, em Portugal, as admissões nas Unidades Coronárias serem, em grande parte (47%), motivadas por situações clínicas de urgência em cardiologia sem EAM (Coordenação Nacional Doenças Cardiovasculares, 2010), é preconizado que doentes com EAM com elevação do segmento ST sejam admitidos em UCI cardiológicos ou unidades coronárias, a fim de receberem cuidados diferenciados e monitorização contínua, devendo o *staff* estar familiarizado com o manejo de Síndromes Coronárias Agudas, arritmias, falência cardíaca, suporte ventilatório e hemodinâmico, entre outros (Cardiology, ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST- segment elevation, 2012).

A duração do internamento em unidades especializadas, ou no hospital, deve ser concebida e avaliada de forma individual, considerando a situação médica e social do indivíduo e morbilidades associadas. De forma paralela, assiste-se gradualmente a uma redução progressiva do tempo de internamento depois do EAM, especialmente após uma revascularização de sucesso, não se verificando qualquer relação com mortalidade posterior, o que sugere, de facto, que a alta precoce é uma situação a ser considerada (Cardiology, ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST- segment elevation, 2012). No entanto, a curta permanência hospitalar poder-se-á revelar limitativa para a realização de uma educação adequada e para a titulação de programas de prevenção secundária. Consequentemente, deverão ser oferecidos a estes indivíduos consultas precoces posteriores à alta bem como a opção de frequência em programas formais de reabilitação cardíaca (Cardiology, ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST- segment elevation, 2012).

O indivíduo vítima de EAM, quer este seja inaugural quer repetido, convive diariamente com algumas condições crónicas, tais como a hipertensão, dislipidémia, aterosclerose ou insuficiência cardíaca, suscetíveis de lhe

colocarem algumas limitações na realização das suas atividades de vida diária. É esta índole de cronicidade e de eventual limitação funcional (Chesnay & Anderson, 2012) que o coloca numa posição individual de vulnerabilidade e, simultaneamente, pertencente a um grupo particularmente vulnerável.

Internacionalmente, encontram-se descritos alguns programas com uma panóplia de ações preventivas centradas na alteração dos fatores de risco, associados à doença coronária, passíveis de ser modificáveis, nomeadamente na modificação de estilos de vida não saudáveis como a obesidade, o tabagismo e consumo de álcool, o sedentarismo, entre outros. Na verdade, ações dirigidas à possibilidade de reinfarte, valorizando a importância da estratificação do risco CV ganham sentido também no âmbito nacional.

Não obstante esta realidade, os indivíduos (e suas famílias) gravemente doentes e que requerem cuidados intensivos são, adicionalmente, colocados numa experiência atroz de vulnerabilidade de arestas multidimensionais (McKinley, Nagy, Stein-Parbury, Bramwell, & Hudson, 2002), relacionando-a com a vivência de algumas situações adversas. Algumas estratégias são apresentadas como minimizadoras, dentro das quais a transmissão de informação, estabelecimento de comunicação efetiva, prestação de cuidados individualizados, com a antecipação de algumas necessidades e envolvimento da família (McKinley, Nagy, Stein-Parbury, Bramwell, & Hudson, 2002).

Boutilier (2007) refere que, em ambientes de cuidados de saúde, as transferências de doentes de um serviço para o outro são frequentes, podendo desencadear efeitos negativos, quer físicos quer psicológicos. Reforçando esta ideia, Chaboyer W. , Kendall, Kendall, & Foster (2005) referem que a alta da UCI se assume como sendo uma das experiências mais stressantes para os indivíduos e suas famílias. Ansiedade, confusão, medo, raiva ou mesmo sensação de abandono são sentimentos frequentemente ligados ao *Relocation Stress Syndrome* ou *transfer anxiety* (Chaboyer W., Kendall, Kendall, & Foster, 2005, p.138).

De facto, na enfermaria o indivíduo deixa de estar monitorizado 24 horas por dia e o *ratio* enfermeiro doente é também diferente, não sendo evidente

para o indivíduo e família a razão destas alterações. Cumulativamente, a mudança nas relações interpessoais, no ambiente, nos cuidados, na informação e na independência são situações que podem reportar o indivíduo e família a desencadear *Relocation Stress Syndrome* ou *transfer anxiety* (Chaboyer W., Kendall, Kendall, & Foster, 2005). Johnson, Bulechek, Butcher, Dochterman, Maas, & Moorhead (2009) definem *Relocation Stress Syndrome* como “distúrbios fisiológicos e/ou psicossociais decorrentes da mudança de um ambiente para outro” (p.460).

No estudo de Chaboyer, Kendall, Kendall, & Foster, (2005) são apresentados alguns sentimentos decorrentes da transferência da UCI para a enfermaria. São referidos, a sensação de abandono num período de transição pelos enfermeiros da UCI, pelos quais nutrem especial afeto e quase devoção, como também de vulnerabilidade e desamparo no momento da transferência. Por outro lado, dúvidas e incertezas sobre o que se irá passar no futuro ou acerca da real melhoria clínica do indivíduo ou o sentimento de desvalorização perante os cuidados de atenção intensa na UCI revelam-se de difícil compreensão e aceitação para os próprios indivíduos mas também para as famílias, que pretendem os melhores cuidados para o seu familiar. O entusiasmo para com o progresso da recuperação funde-se com o medo que o acompanha, gerando sentimentos de ambivalência profunda.

Desta forma, torna-se crucial que os enfermeiros tenham em mente os problemas que podem surgir durante o processo de transferência da UCI para as enfermarias e que sejam capazes de delinear estratégias facilitadoras ou inibidoras a fim de tornar esta experiência o mais positiva possível (Boutilier, 2007). Apenas uma verdadeira compreensão destas experiências permitirá a implementação de um cuidado transicional facilitador e de uma capacitação efetiva do indivíduo e família (Chaboyer W. , Kendall, Kendall, & Foster, 2005).

Idealmente, as transições devem representar movimentos seguros e eficientes entre os diferentes setores de cuidados de saúde e em virtude do melhor para o indivíduo. Os indivíduos gravemente doentes que careceram de

internamento em UCI experienciam múltiplas transições, em conformidade com os diversos níveis de cuidados.

A evidência científica indica claramente a possibilidade de algumas implicações a curto e médio prazo relacionadas com as transições vividas pelos indivíduos em UCI, implicações que podem exacerbar-se quando o cuidado transicional se mostra inadequado. Assim, torna-se imperativo a identificação dos indivíduos em risco e a instituição de estratégias dirigidas de forma a colmatar as dificuldades aquando da transição (Chaboyer, Kendall, & James, *Transitional Care after Intensive Care Unit: Current Trends and Future Directions*, 2005).

Um leque de intervenções deve ser implementado, tais como a educação ao indivíduo e família, treino e antecipação das eventuais necessidades pós alta, desmame dos ditos cuidados tecnológicos da UCI, distribuição de panfletos e um plano de preparação para a alta que reflita um protocolo estruturado de educação a ser iniciado desde a admissão na UCI. O internamento na UCI deverá ainda ser apresentado como transitório e envolvida a família no planeamento da transferência logo que possível, colocando esta possibilidade como sinal de recuperação e progresso. O incentivo à autonomia, ao autocuidado e à colocação de dúvidas bem como o promover a obtenção de informação clínica detalhada e atualizada podem ainda mostrar-se úteis (Chaboyer, Kendall, & James, *Transitional Care after Intensive Care Unit: Current Trends and Future Directions*, 2005).

Por outro lado, o curso do internamento do indivíduo vítima de EAM é caracterizado por reações extremas de *stress*, na medida em que o conceito de si próprio se altera perante a falta de autonomia e dependência dos outros (Dracup, Meleis, Baker, & Patricia Edlefsen, 2010). Na UCI, a mudança desta percepção manifesta-se por sentimentos de ansiedade, depressão e medo da dor, da morte e de um novo enfarte. Para além disso, este incidente provoca “uma disrupção massiva no balanço psicodinâmico da família” (Dracup, Meleis, Baker, & Patricia Edlefsen, 2010, p. 564), estando documentados sintomas psicossomáticos importantes nos cônjuges. Assim, aos enfermeiros cabe o

conhecimento das necessidades da família e a execução de intervenções dirigidas aos cônjuges na UCI, mediante suporte educacional a fim de antever a alta e o estabelecimento de suporte informal.

1.2. Quadro referencial

As situações de saúde ou de doença criam processos de transição, nos quais os indivíduos tendem a ser mais vulneráveis, acarretando maiores riscos para a sua saúde (Meleis, Sawyer, Im, Messias & Schumacher, 2000). Desta forma, atender à vulnerabilidade nos processos de transição, implica a sua conceptualização enquanto conceito enleado com o de qualidade de vida e a compreensão das experiências e respostas dos indivíduos e famílias neste período.

As experiências de transição, interações e condições ambientais podem expor os indivíduos a potenciais lesões, recuperações problemáticas ou inadequadas e o não desenvolvimento de um *coping* atempado e saudável (Meleis, Sawyer, Im, Messias & Schumacher, 2000). Os pontos de transição devem então ser analisados mediante a identificação dos seus componentes e enquadrados numa perspetiva de articulação e visibilidade das interações dos elementos definidos (Meleis, Sawyer, Im, Messias & Schumacher, 2000).

Cumulativamente e atendendo às transições enquanto fenómenos complexos e múltiplos, o processo de transferência da UCI para um outro serviço pode ser considerado como um momento crítico, cuja resolução saudável implica um trabalho de interação da pessoa, família e enfermeiro na preparação para a alta e na gestão da transição.

Perspetivar esta vivência de acordo com a ótica de Afaf Meleis, possibilita uma melhor compreensão da pessoa em mudança. Na verdade, “as transições são caracterizadas por diferentes estádios dinâmicos, marcos e pontos de viragem, podendo ser definidas por meio de processos e resultados”

(Meleis, 2010, p.11) e, simultaneamente, despoletadas por eventos críticos e mudanças no indivíduo ou ambiente.

Já por cuidado transicional entende-se os “cuidados providenciados antes, durante e após a alta da UCI para um outro serviço, a fim de assegurar uma disrupção mínima e uma continuidade de cuidados adequada” (Chaboyer, Kendall, & James, Transitional Care after Intensive Care Unit: Current Trends and Future Directions, 2005, p.16). Desta forma, atividades transicionais, claras e exequíveis, deverão ser empregues a fim de facilitar a mudança, permitindo que a transição possa ocorrer de forma suave e harmoniosa.

1.3. Competências e objetivos

Considerando o enfoque deste curso de mestrado, importa atender ao que o Regulamento para o Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) define como enfermeiro especialista: o profissional com título profissional, que lhe reconhece “competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na sua área de especialidade” (Ordem dos Enfermeiros, REPE- Estatuto, 2010, p.3). Já nas competências comuns do enfermeiro especialista, a OE preconiza que as diferentes intervenções especializadas sejam de acordo com cada área de intervenção, definidas então nas competências específicas referentes às diferentes especializações. No âmbito de atuação na pessoa em situação crítica, a Ordem dos Enfermeiros (OE) prevê a intervenção de enfermagem especializada à pessoa e sua família, exigindo uma “observação, colheita e procura contínua de forma sistemática e sistematizada dos dados, com o objetivo de conhecer continuamente a situação da pessoa alvo de cuidados, de prever e detetar precocemente as complicações, de assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil” (Ordem dos Enfermeiros, 2010, p.1).

Atendendo ao modelo de Dreyfus de aquisição de competências aplicado à enfermagem, Benner (2001) concebe a enfermeira perita como aquela que “ (...) tem uma enorme experiência, compreende, agora, de maneira intuitiva cada situação e apreende diretamente o problema sem se perder num largo leque de soluções e de diagnósticos estéreis.” (p.52). Assim, com este meu projeto procuro alcançar o último nível de proficiência definido por Benner (2001), pretendo alcançar o grau de perícia na prestação de cuidados especializados à pessoa vítima de EAM e sua família.

Tendo em conta as competências do 2º Ciclo enquadrados no processo de Bolonha (Descritores de Dublin), procuro com o meu percurso neste trabalho de projeto, saber aplicar conhecimentos e capacidade de compreensão e resolução de problemas em situações novas e em contextos alargados e multidisciplinares bem como integrar conhecimentos de forma a lidar com questões complexas e facilitar o processo de tomada de decisão em Enfermagem. Adicionalmente, ambiciono uma melhoria na minha capacidade de comunicação e o desenvolvimento de competências fundamentais ao meu processo de autoformação.

Posto isto, defini como objetivos gerais para o meu trabalho de projeto, os abaixo apresentados:

- Desenvolver competências de enfermagem especializadas à pessoa vítima de EAM, atendendo à sua vulnerabilidade;
- Elaborar um projeto de cuidado transicional à pessoa vítima de EAM e família, considerando a transição da UCI para a enfermaria e a preparação para a alta.

Como objetivos específicos foram delineados os infra descritos:

- Aplicar a melhor evidência científica e princípios de ética profissional na prestação de cuidados à pessoa vítima de EAM e sua família;

- Conhecer o percurso da pessoa com EAM em contexto de Urgência, Hemodinâmica e UCI;
- Planear precocemente a alta com vista à antecipação do risco e prevenção de eventuais problemas que lhe possam estar associados;
- Identificar cuidados transicionais facilitadores à continuidade de cuidados, considerando a transição da UCI para a enfermaria e a preparação para a alta.

2. METODOLOGIA

“A metodologia de projeto baseia-se numa intervenção centrada num problema real identificado e na implementação de estratégias e intervenções eficazes para a sua resolução. Esta metodologia através da pesquisa, análise e de resolução de problemas reais do contexto é promotora de uma prática fundamentada e baseada em evidência.” (Ruivo, Ferrito, & Nunes, 2010, p.2). Assumindo o trabalho de projeto como um produto dinâmico que se recicla em função de alterações consideradas oportunas ou pertinentes no contexto real do problema, importa a elaboração de um plano de trabalho com fases de execução calendarizadas. Por outro lado, como requisitos de uma operacionalização de sucesso desta metodologia, são exigidos um elevado sentido de responsabilidade pela sua execução bem como capacidade de iniciativa e de tomada de decisão.

Vislumbrado o percurso já realizado, sublinho a identificação de um problema inicial que conduziu a um esboço de projeto, sustentado por uma intenção assumida. De forma a possibilitar uma melhor compreensão da área de intervenção, procedi a uma revisão de literatura, na procura da melhor evidência científica disponível em bases de dados internacionais, mediante uma pesquisa indexada, resultando, daqui, a construção do enquadramento teórico anteriormente apresentado e o conhecimento de centros de excelência em Portugal e, especificamente, na Grande Lisboa.

2.1. Idas a Campo

Desta forma, desloquei-me então a estes centros de excelência, a fim de conhecer os seus contextos *in situ* e de concretizar entrevistas semiestruturadas às pessoas responsabilizadas pela minha receção (Apêndice I e II). Na verdade, importou a preparação destas idas a campo, atendendo a que após o conhecimento e contacto dos contextos da prática se exigia a seleção dos locais de Ensino Clínico para o 3º Semestre. Da realização das idas a campo, resultou um documento onde compilei as principais conclusões das entrevistas efetuadas (Apêndice III).

2.2. Planeamento dos Ensinos Clínicos para o 3º Semestre

A metodologia de projeto surge como elo de ligação entre a teoria e a prática, uma vez que o conhecimento teórico que lhe serve de sustento deve ser aplicado nos contextos da prática (Ruivo, Ferrito, & Nunes, 2010).

Seguidamente, apresento as atividades a que me proponho realizar, em função dos objetivos específicos e dos locais de estágio.

▪ UCI Coronários Hospital C

Objetivos específicos

- Aplicar a melhor evidência científica e princípios de ética profissional na prestação de cuidados à pessoa vítima de EAM e sua família na UCI;
- Conhecer o percurso da pessoa com EAM em contexto de SU, hemodinâmica e UCI;
- Planear precocemente a alta com vista à antecipação do risco e prevenção

de eventuais problemas que lhe possam estar associados;

- Identificar cuidados transicionais facilitadores à continuidade de cuidados.

Atividades a desenvolver

- Conhecimento da estrutura organizacional e funcional;
- Integração na equipa multidisciplinar;
- Colaboração na prestação de cuidados de enfermagem à pessoa vítima de EAM e sua família;
- Acompanhamento do indivíduo à sala de hemodinâmica ou bloco operatório, sempre que se justifique;
- Revisão bibliográfica sobre a melhor evidência científica e princípios de ética profissional no âmbito da prestação de cuidados à pessoa vítima de EAM e sua família na UCI;
- Observação de práticas da equipa na transição UCI para a enfermaria e na preparação para a alta;
- Reuniões de discussão informal com enfermeiro orientador;
- Análise de situações de cuidados;
- Educação do indivíduo e família, mediante antecipação de necessidades e desmame de cuidados ditos tecnológicos;
- Realização de sessões de educação para a saúde ao indivíduo e família;
- Elaboração de um manual orientador, considerando a transição da UCI para a enfermaria e a preparação para a alta.

- **UCI Cardíacos Hospital A**

Objetivos específicos

- Aplicar a melhor evidência científica e princípios de ética profissional na prestação de cuidados à pessoa vítima de EAM e sua família na UCI;
- Conhecer o percurso da pessoa com EAM em contexto de SU, hemodinâmica e UCI;
- Planear precocemente a alta com vista à antecipação do risco e prevenção de eventuais problemas que lhe possam estar associados;
- Identificar cuidados transicionais facilitadores à continuidade de cuidados.

Atividades a desenvolver

- Conhecimento da estrutura organizacional e funcional;
- Integração na equipa multidisciplinar;
- Colaboração na prestação de cuidados de enfermagem à pessoa vítima de EAM e sua família na UCI;
- Acompanhamento do indivíduo à sala de hemodinâmica ou bloco operatório, sempre que se justifique;
- Revisão bibliográfica sobre a melhor evidência científica e princípios de ética profissional no âmbito da prestação de cuidados à pessoa vítima de EAM e sua família na UCI;
- Observação do papel do enfermeiro no gabinete de sistema integrado de doentes e na consulta de *follow-up*;
- Observação de práticas da equipa na transição UCI para a enfermaria e na preparação para a alta;
- Reuniões de discussão informal com enfermeiro orientador;
- Análise de situações de cuidados;

- Educação do indivíduo e família, mediante antecipação de necessidades e desmame de cuidados ditos tecnológicos;
- Realização de sessões de educação para a saúde para o indivíduo e família;
- Elaboração de um manual orientador, considerando a transição da UCI para a enfermaria e a preparação para a alta.

- **SU Hospital B**

Objetivos Específicos

- Conhecer o percurso da pessoa vítima de EAM em contexto de SU e hemodinâmica;
- Desenvolver competências técnicas, científicas e relacionais especializadas na abordagem à pessoa com dor torácica sugestiva de EAM e sua família, no SU;
- Aplicar a melhor evidência científica e princípios de ética profissional na prestação de cuidados à pessoa com dor torácica sugestiva de EAM e sua família no SU;
- Identificar cuidados transicionais facilitadores à continuidade de cuidados;
- Sensibilizar a equipa de enfermagem para o papel do enfermeiro como facilitador nas transições vivenciadas pela pessoa vítima de EAM e sua família no *continuum* de cuidados.

Atividades a desenvolver

- Conhecimento da estrutura organizacional e funcional;

- Integração na equipa multidisciplinar;
- Observação e/ou colaboração na realização da triagem de Manchester no SU;
- Colaboração na prestação de cuidados de enfermagem à pessoa com dor torácica sugestiva de EAM e sua família no SU;
- Acompanhamento no transporte do indivíduo à sala de hemodinâmica ou bloco operatório, sempre que se justifique;
- Revisão bibliográfica sobre a melhor evidência científica e princípios de ética profissional na prestação de cuidados à pessoa com dor torácica sugestiva de EAM e sua família no SU;
- Reuniões de discussão informal com enfermeiro orientador;
- Análise de situações de cuidados.
- Realização de formação, em função de eventuais necessidades formativas identificadas

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As doenças CV surgem como um problema de saúde global no mundo pelo que a compreensão do seu impacto nas populações aparece como um eixo central nas estratégias de intervenção de saúde. Em Portugal, os dados estatísticos referentes às doenças CV, nas quais o EAM se inclui, não escapam à média da realidade mundial ou europeia bem como a preocupação acérrima em relação a este problema. De facto, a criação da Via Verde Coronária reflete essa mesma preocupação como também a importância da celeridade do processo de diagnóstico e do tratamento na hipótese de sobrevivência das pessoas vítimas de EAM. Considerando que, o EAM poderá ser a primeira manifestação de doença coronária e tornar-se num acontecimento repetido, torna-se pertinente o planeamento e efetivação de ações dirigidas à possibilidade de novo enfarte ou de outro risco CV e à capacitação do indivíduo e sua família na gestão da própria doença.

Por outro lado e atendendo a que se preconiza, cada vez mais, a precocidade na alta da UCI do indivíduo no pós enfarte, o seu planeamento e preparação torna-se crucial, nos quais a figura do enfermeiro se destaca. Na verdade, Boutilier (2007) salienta que, em ambientes de cuidados de saúde, as transferências de doentes de um serviço para o outro são comuns, podendo desencadear efeitos negativos. Chaboyer W. , Kendall, Kendall, & Foster (2005) referem que a alta da UCI se assume como sendo uma das experiências mais stressantes para os indivíduos e suas famílias.

Idealmente, as transições devem representar movimentos seguros e eficientes entre os diferentes níveis de cuidados, enquanto que a evidência científica indica claramente a possibilidade de algumas implicações a curto e médio prazo relacionadas com as transições vividas pelos indivíduos em UCI. Desta forma, torna-se imperativo a instituição de estratégias dirigidas de forma a colmatar as dificuldades aquando da transição (Chaboyer, Kendall, & James, Transitional Care after Intensive Care Unit: Current Trends and Future

Directions, 2005). Perspetivar esta vivência de acordo com a ótica de Afaf Meleis, possibilita uma melhor compreensão da pessoa em mudança e o delinear de estratégias facilitadoras neste sentido.

A aplicabilidade da evidência científica sugere a importância da preparação da alta em UCI, ao que lhe acresce a especificidade do contexto e, considerando a vulnerabilidade à repetição, a pertinência de estratégias de prevenção secundária após episódios de enfarte.

Posto isto, a criação de um projeto de cuidado transicional à pessoa vítima de EAM e sua família, considerando a transição da UCI para a enfermaria e a preparação para a alta, exige cuidados especializados à pessoa em situação crítica na antecipação do risco e na resolução saudável dos fenómenos complexos que caracterizam, efetivamente, uma transição.

Sabendo, de antemão, que a metodologia de projeto se redefine em função de acontecimentos previstos e imprevistos e valorizando sempre a singularidade dos contextos da prática e seu potencial formativo, este projeto de estágio constitui então o esboço da minha intervenção em Ensino Clínico do 3º Semestre. Por fim, enquanto rascunho do futuro, com este projeto penso concretizar o desenvolvimento de competências de enfermagem especializadas à pessoa vítima de EAM e sua família.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Barbier, J.-M. (1991). *Elaboração de Projetos de Ação e Planificação*. Porto: Porto Editora.
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito*. Coimbra: Quarteto.
- Benner, P., Kyriakidis, P. H., & Stannard, D. (2011). *Clinical Wisdom an Interventions in Acute and Critical Care*. New York: Springer Publishing Company.
- Boutilier, S. (2007). Leaving critical care: Facilitating a smooth transition. *Dimension of critical care nursing*, 137-42.
- Cardiology, E. S. (2012). ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST- segment elevation. *European heart journal*, 2569-619.
- Cardiology, E. S. (2012). *European Cardiovascular Disease Statistics*. Brussels: European Society of Cardiology.
- Carel, H. (2009). A reply to 'Towards an understanding of nursing as a response to human vulnerability' by Derek Sellma: vulnerability and illness. *Nursing Philosophy Nº10*, pp. 214-219.
- Chaboyer, W., Kendall, E., Kendall, M., & Foster, M. (2005). Transfer out of Intensive Care. *Australian Critical Care*, 138-145.
- Chaboyer, W., Kendall, M., & James, H. (2005). Transitional Care after Intensive Care Unit: Current Trends and Future Directions. *Critical Care Nursing*, 16-29.
- Chesnay, M. d., & Anderson, B. A. (2012). *Caring for the Vulnerable: Perspectives in Nursing Theory, Practice, and Research*. Burlington: Jones Bartlett Learning.

- Coordenação Nacional Doenças Cardiovasculares. (2010). *Vias Verdes Coronária e do Acidente Vascular Cerebral Indicadores de Actividade 2010*. Lisboa: Publicação da Coordenação Nacional para as Doenças Cardiovasculares.
- Dracup, K., Meleis, A. I., Baker, K., & Patricia Edlefsen. (2010). Family-focused Cardiac Rehabilitation: A Role Supplementation Program for Cardiac Patients and Spouses. In A. I. Meleis, *Transitions Theory: Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice* (pp. 563-570). New York: Springer Publishing Company.
- Eggenberger, S., & Nelms, T. (2007). Being family : the family experience when an adult member is hospitalized with a critical illness. *Journal of Clinical Nursing*, 1618-1629.
- Enfermeiros, O. d. (2010). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Lisboa: Conselho de Enfermagem.
- Frank, A., Bonney, M., Bonney, S., Weitzel, L., Koeppen, M., & Einkle, T. (2012). Myocardial ischemia reperfusion injury: from basic science to clinical bedside. *Seminars in cardiothoracic and vascular anesthesia*, 123-132.
- Instituto Nacional de Estatística. (Edição 2012). *Anuário Estatístico de Portugal 2011*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.
- Jamerson, P. A., Scheibmeir, M., Bott, M. J., Crighton, F., Hinton, R. H., Cobb, A. K., et al. (Nov Dec de 1996). The experiences of families with a relative in the intensive care unit. *Heart and Lung*, pp. 467-474.
- Johnson, M., Bulechek, G., Butcher, H., Dochterman, J., Maas, M., & Moorhead, S. (2009). *Ligações entre NANDA, NOC e NIC: diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem*. Porto Alegre: Artmed.

- Kaakinen, J. R., Coehlo, D. P., Gelady-Duff, V., & Hanson, S. M. (2010). *Family Health Nursing: Theory, Practice and Research*. Philadelphia: F.A. Davis Company.
- McKinley, S., Nagy, S., Stein-Parbury, J., Bramwell, M., & Hudson, J. (2002). Vulnerability and security in seriously ill patients in intensive care. *Intensive and Critical Care Nursing*, pp. 27-36.
- Meleis, A. (2010). *Transitions theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. New York: Spring Publishing Company.
- Meleis, A. (2010). Role insufficiency and role supplementation: a conceptual framework. In A. Meleis, *Transitions theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice* (pp. 13-24). New York: Springer Publishing Company.
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica*. Lisboa: Conselho de Enfermagem.
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). *REPE- Estatuto*. Obtido em 1 de Maio de 2013, de http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/REPE_Estatuto_OE_2011.pdf
- Perk, J., Backer, G. D., Gohlde, H., Graham, I., Reiner, Z., Verschuren, M., et al. (2012). *European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012)*. Obtido em 25 de Abril de 2013, de www.spc.pt: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22555213>
- Rogers, A. C. (1997). Vulnerability, health and health care. *Journal of Advanced Nursing*, Nº 26, pp. 65-72.

- Ruivo, M., Ferrito, C., & Nunes, L. (Janeiro-Março de 2010). Metodologia do Projeto- Colectânea descritiva de etapas. *Revista Percursos Nº15*, pp. 1-38.
- Schumacher, K., Jones, P. & Meleis, A. (2010). Helping elderly persons in transition: a framework for research and practice. In A. Meleis, *Transitions theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice* (pp. 129-144). New York: Springer Publishing Company.
- Superior, D. G. (2000). *Descritores de Dublin, de processos de Bolonha – objectivos e linhas de acção*. Obtido em 9 de Maio de 2013, de Direcção Geral do Ensino Superior: <http://www.dges.mctes.pt/DGES/pt/Estudantes/Processo+de+Bolonha/Objectivos/Descritores+Dublin/>
- Tygessen, K., Alpert, J. S., Jaffe, A. S., Simoons, M. L., Chaitman, B. R., & White, H. D. (2012). *Third universal definition of myocardial infarction*. Obtido em 4 de Maio de 2013, de [www.spc.pt: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22922414](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22922414)
- Verhaeghe, S., Defloor, T., Van Zuuren, F., Duijnste, M., & Grypdonck, M. (2005). The needs and experiences of family members of adult patients in an intensive care unit: a review of the literature, Nº14. *Journal of Clinical Nursing*, pp. 501-509.
- W.Federation. (2011). *Global Atlas on cardiovascular disease prevention and control*. Geneva: World Health Organization in collaboration with World Heart Federation and World Stroke Organization.
- Werdan, K., Rub, M., Buerke, M., Delle-Karth, G., Geppert, A., & Schöndule, F. o. (2012). *Cardiogenic shock due to myocardial infarction: diagnosis, monitoring and treatment: a German-Austrian S3 Guideline*. Obtido em

14 de Abril de 2013, de Deutsches Ärzteblatt International:
<http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi>

APÊNDICES

APÊNDICE I

Idas a campo: Guião de entrevista para SU

IDAS A CAMPO SU - GUIÃO DE ENTREVISTA

Guião de Entrevista (Objetivo 1)

- Que prioridade, no atendimento, é dada à pessoa com dor torácica sugestiva de EAM?

- Quais os critérios de discriminação para a realização de electrocardiograma?

- Para que valência do SU é encaminhada a pessoa com dor torácica sugestiva de EAM?

- Que significado é atribuído à família e/ou significativos na prestação de cuidados de enfermagem à pessoa com dor torácica sugestiva de EAM?

Guião de Entrevista (Objetivo 2)

- Em que situações a pessoa vítima de EAM é encaminhada para Centros Cardíacos especializados?

- De que modo é efetivado este transporte, isto é, por quem é realizado e qual o seu tempo médio concretização?

- É possibilitado à família e/ou significativos o acompanhamento da pessoa com dor torácica sugestiva de EAM?

- Considera existir necessidades formativas em particular relativamente a esta área de intervenção da pessoa em situação crítica?

APÊNDICE II

Idas a campo: Guião de entrevista para UCI

IDAS A CAMPO UCI - GUIÃO DE ENTREVISTA

Guião de Entrevista (Objetivo 1)

- Atendendo à especificidade do contexto, habitualmente prestam cuidados a pessoas vítimas de EAM?

- Qual a relação física e funcional da UCI com o serviço de Hemodinâmica?

- O serviço recebe doentes provenientes da Via Verde Coronária?

- Que significado é atribuído à família e/ou significativos na prestação de cuidados de enfermagem à pessoa vítima de EAM?

- Considera que a preparação

Guião de Entrevista (Objetivo 2)

- Que preocupações estão presentes na equipa de enfermagem relativamente à preparação para a alta na prestação de cuidados? A família é incluída nesta preparação?

- Em sua opinião, a equipa de enfermagem dirige a sua intervenção visando uma transição saudável da UCI para a enfermaria no pós EAM? Quais os cuidados transicionais que considera facilitadores?

- Existe algum plano formal implementado de preparação para a alta?

- Considera existir necessidades formativas relativamente ao cuidado transicional da UCI para a enfermaria e à preparação para a alta?

- De que forma a equipa de

para a alta deve começar
desde a admissão do
doente?

enfermagem se articula com a
restante equipa multidisciplinar na
reabilitação cardíaca e prevenção
secundária?

APÊNDICE III

Idas a campo: Objetivos, atividades e principais conclusões

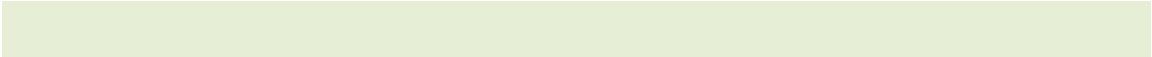
UCI Coronários Hospital C (25/06/13)

Objetivos	Atividades	Principais Conclusões
Conhecer a dinâmica organizacional e funcional de unidades vocacionadas para a prestação de cuidados à pessoa vítima de EAM e sua família; Compreender as especificidades de cuidado realizadas na transição da UCI para a enfermaria.	Realização de uma entrevista semiestruturada à Enf. ^a Chefe.	Serviço com 6 camas de UCI e 2 camas de Intermédios, capacitado para dar resposta às necessidades de cuidados da pessoa vítima de EAM e sua família. Sendo um serviço de um centro cardíaco especializado da Grande Lisboa, recebe doentes de várias proveniências apesar de cobrir a área geográfica ocidental de Lisboa. É ainda ponto de referenciação na Via Verde Coronária (Serviço de Hemodinâmica dois pisos abaixo) e possui uma íntima articulação com as instituições do mesmo centro hospitalar. A enfermaria de cardiologia localiza-se no mesmo piso, o que se torna facilitador aos cuidados transicionais. Não existe um plano formal de preparação para a alta.

UCI Cardíacos Hospital A (10/07/13)

Objetivos	Atividades	Principais Conclusões
Conhecer a dinâmica organizacional e funcional de unidades vocacionadas para a prestação de cuidados à pessoa vítima de EAM e sua família; Compreender as especificidades de cuidado realizadas na transição da UCI para a enfermaria.	Realização de uma entrevista semiestruturada à Enf. ^a Chefe.	Serviço com 6 camas de UCI e várias camas de Intermédios, onde são colocados alguns doentes após cateterismo e, portanto, com grande rotatividade. Capacitado para dar resposta às necessidades de cuidados da pessoa vítima de EAM e sua família. Sendo um serviço de um centro cardíaco especializado da Grande Lisboa, recebe doentes de várias proveniências apesar de cobrir a área geográfica central de Lisboa. É ainda ponto de referência na Via Verde Coronária (com três salas de Hemodinâmica praticamente justapostas) e possui uma íntima articulação com as instituições do mesmo centro hospitalar. A enfermaria de cardiologia localiza-se no mesmo piso, o que facilita a transição da UCI para a mesma. Não existe um plano formal de preparação para a alta, no entanto o serviço possui um gabinete de sistema integrado do doente que gere eficazmente a concretização de intervenção hemodinâmicas programadas, em função das

necessidades dos vários doentes e que realiza educação para a saúde a vários níveis. Possui ainda uma consulta de *follow-up* organizada e que funciona no mesmo piso.



UCIC Hospital D (10/07/13)

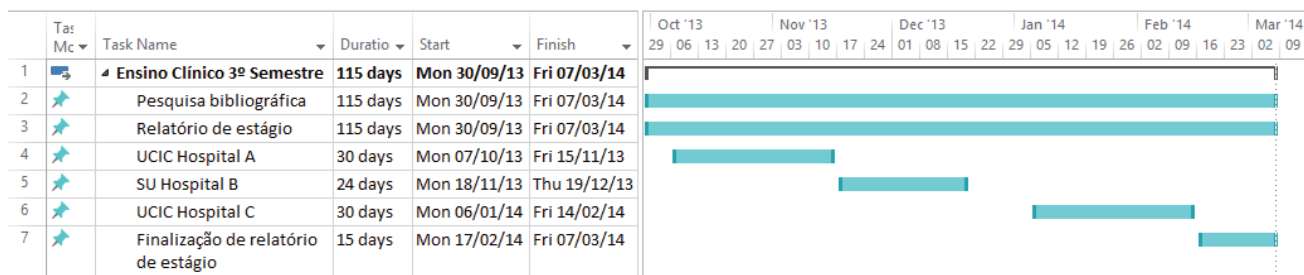
Objetivos	Atividades	Principais Conclusões
Conhecer a dinâmica organizacional e funcional de unidades vocacionadas para a prestação de cuidados à pessoa vítima de EAM e sua família; Compreender as especificidades de cuidado realizadas na transição da UCI para a enfermaria.	Realização de uma entrevista semiestruturada à Sr. ^a Enf. ^a Chefe.	Serviço com 10 camas de UCI, capacitado para dar resposta às necessidades de cuidados da pessoa vítima de EAM e sua família. Sendo um serviço especializado de um hospital com o segundo maior SU da Grande Lisboa, recebe muitas situações de EAM. Possui uma sala de ecocardiografia e de eletrofisiologia. O serviço de hemodinâmica não se localiza no mesmo piso, contudo a enfermaria de cardiologia surge na continuidade da UCI. Tem sessões formais de educação de saúde estabelecidas para as pessoas no pós-EAM que as desejem frequentar, sendo extensíveis à família, realizadas pela equipa de enfermagem da UCI. Existe um Manual da Pessoa com Doença Coronária orientador na preparação para a alta.

SU Geral Hospital B (08/07/13)

Objetivos	Atividades	Principais Conclusões
Conhecer a dinâmica organizacional e funcional do SU na prestação de cuidados à pessoa com dor torácica sugestiva de EAM e sua família; Identificar algumas particularidades no transporte da pessoa com dor torácica sugestiva de EAM, com referência para centros cardíacos Especializados.	Realização de uma entrevista semiestruturada à Enf. ^a Responsável.	<p>Serviço de Urgência Geral que abrange a zona geográfica ocidental da Grande Lisboa. Utiliza a triagem de Manchester e todo o atendimento é então realizado em função de critérios de gravidade.</p> <p>Existem critérios específicos de ativação de electrocardiograma na triagem (dor precordial, palpitações, síncope, dor torácica e/ou epigástrica com náuseas ou vômitos associados, bradi ou taquicardia, pulso disrítico e sinais vegetativos) de forma a agilizar o diagnóstico, o que reflete a percepção da importância da celeridade do processo. A pessoa com dor torácica sugestiva de EAM segue habitualmente para a sala de diretos e, sempre que necessário, é encaminhada para o Hospital C. Este transporte é realizado por enfermeiro experiente que desempenhe habitualmente funções de <i>team leader</i>. É conseguida uma resposta eficaz neste encaminhamento.</p>

APÊNDICE IV

Cronograma para o 3º Semestre



Apêndice II – Folheto “Informações gerais acerca do enfarte agudo do miocárdio” realizado no Ensino Clínico III

CUIDE DE SI E DOS QUE AMA, CUIDANDO DO SEU CORAÇÃO!

Se sofreu de enfarte agudo do miocárdio, ou se algum familiar seu sofreu, é importante que compreenda o sucedido e o tratamento realizado, pois o facto de a situação ter sido resolvida não exclui a possibilidade de novos episódios. É fundamental que controle os seus fatores de risco e que siga de forma criteriosa a sua medicação bem como as orientações que lhe foram dadas pelos médicos e enfermeiros deste hospital.



Informações Gerais acerca do Enfarte Agudo do Miocárdio





Definição de EAM

O enfarte agudo do miocárdio é consequência da interrupção súbita da circulação sanguínea de uma parte do músculo cardíaco, que provoca uma lesão irreversível a nível do mesmo.

Acontece na sequência do desenvolvimento da aterosclerose (acumulação de placas de gordura) das artérias coronárias, que são as responsáveis pela irrigação do músculo cardíaco, fornecendo-lhe oxigénio (indispensável para o seu funcionamento). Por vezes, e de forma frequente sem causa aparente, as placas de gordura rompem, provocando a formação de coágulo de sangue no local que vai entupir completamente a artéria e impedir a oxigenação do músculo cardíaco.

SINAIS E SINTOMAS

Nesta situação, verifica-se o aparecimento de uma dor intensa ou mal estar no peito e que, geralmente, se encontra associada a falta de ar, enjoo, suores frios e sensação de desmaio iminente.

Estas queixas, que duram pelo menos 30 minutos, não aliviam com a nitroglicerina e requerem observação e tratamento no hospital.

O tratamento hospitalar, baseado em medicamentos para dissolver o coágulo ou na dilatação da artéria entupida, deve ser iniciado o mais depressa possível, uma vez que, à medida que o tempo passa, aumenta a quantidade de miocárdio não recuperável, piorando a qualidade e esperança de vida da pessoa que sofreu um enfarte.

A dilatação da artéria coronária (angioplastia) é atualmente a opção terapêutica mais utilizada, praticada por cardiologistas com treino específico. A angioplastia coronária utiliza um cateter com um balão na extremidade, que é insuflado para dilatar a zona das artérias que estreitaram. Costuma ser colocadas uma malha metálica (*stent*) a fim de evitar que estas regiões voltem a diminuir o seu calibre. Um *stent* obriga o seu portador a preocupar-se com a sua durabilidade, nunca esquecendo o cumprimento da medicação.

CONTROLO DOS FATORES DE RISCO CARDIOVASCULAR

O enfarte agudo do miocárdio deve ser encarado como um aviso muito importante para modificar alguns aspetos da sua vida que possam ter contribuído para o desencadear, tal como o tabagismo, a hipertensão arterial, a diabetes, os níveis elevados de colesterol no sangue, o excesso de peso, o *stress* e o sedentarismo.

Certamente que já tinha pensado muitas vezes melhorar o seu perfil de risco, mas agora tem que passar finalmente à ação, diminuindo a hipótese de reinfarte e aumentar a sua sobrevivência! Esta doença é uma oportunidade de mudança positiva para a sua vida, de forma a concretizar planos tantas vezes adiados.



Cuide de si, cuidando do seu coração.

**Apêndice III – Folheto “Orientações para a cessação tabágica”
realizado no Ensino Clínico III**

NECESSITA DE AJUDA PARA DEIXAR DE FUMAR?

A interrupção definitiva e imediata do tabaco é a principal decisão que deve assumir neste momento. Mesmo se já fuma há muitos anos um ano após a cessação tabágica já terá reduzido o risco de sofrer um novo enfarte agudo do miocárdio e estará a usufruir dos benefícios da interrupção, que não se restringem aos problemas cardiovasculares.



Orientações para a cessação tabágica





Interrupção do tabaco

O tabagismo é um fator de risco cardiovascular importante, pelo que é fundamental que pondere a interrupção definitiva e imediata do tabaco, já que sofreu um enfarte agudo do miocárdio. Para além dos efeitos negativos no coração, o tabaco provoca bronquite crónica, enfisema pulmonar e cancro da boca, laringe, pulmão e vias urinárias.

Deixar de fumar é uma grande decisão que o recompensará certamente como uma melhor qualidade de vida, saúde e esperança de vida.

TABACO

O fumo do tabaco possui várias substâncias prejudiciais à saúde :

- Nicotina: altera o humor e é causadora da dependência ao tabaco
- Alcatrão: produto fortemente cancerígeno
- Monóxido de carbono: produto tóxico para o organismo. Reduz também a capacidade do sangue transportar oxigénio bem como aumenta a capacidade de adesão das plaquetas e predispõe o fumador à doença das coronárias.

O consumo de charutos e de cachimbo também aumenta o risco de enfarte agudo do miocárdio. O fumo de cigarros com filtro, cigarros “leves” ou o ser fumador passivo não são situações inofensivas.

Não perca mais tempo nem desperdice mais a sua saúde. O hospital dispõe de consulta de cessação tabágica. Fale com o seu médico e com os enfermeiros durante o seu internamento.

Se tomar depois a sua decisão, ligue para o número: (...)

DEIXE DE FUMAR

Para além do indispensável recurso à sua força de vontade, poderá encontrar apoio em consultas especializadas, onde lhe serão fornecidos conselhos e medicamentos, que o ajudarão a ser bem sucedido.

Ofereça obstáculos ao consumo de tabaco:

- Não tenha tabaco em casa
- Evite estar ao pé de pessoas que fumam
- Desassocie o consumo de tabaco a atividades de prazer, como refeições e convívios pessoais.



Fale connosco e diga stop ao tabaco.

**Apêndice IV – Folheto “Orientações para controlo de *stress*”
realizado no Ensino Clínico III**

SORRIA À VIDA, SEM STRESS!

Hoje parece impossível viver-se sem algum stress, que se não for exagerado e for bem gerido, até pode ser agradável. No entanto, o stress em demasia pode ser um fator importante de risco cardiovascular.

Aprenda a gerir o seu stress e a sua vida!



Orientações para controlo do stress





Stress

O *stress* pode constituir um fator de risco isolado para a doença cardiovascular. Após ter sofrido um enfarte agudo do miocárdio, é importante que aprenda a gerir os seus fatores de risco e sentir que controla a sua doença.

Se sente que tem uma vida profissional ou pessoal stressante ou, se ao invés, sofreu recentemente um acontecimento de vida difícil, talvez precise de repensar o seu projeto de vida. Não precisa de fazer este percurso sozinho.

Apresentamos-lhe algumas dicas que o poderão auxiliar.

CONTROLO DO STRESS

- Tente identificar as prioridades da sua vida em cada dia e decida como lhes fazer frente, não querendo resolver tudo de uma só vez
- Planifique a sua atividade com alguns espaços livres, em função dos prazos a cumprir, programando atingi-los com alguma antecedência
- Não deixe deslizar a planificação das diferentes atividades, especialmente os horários das reuniões
- Prepare os seus compromissos meticulosamente e marque horas para o início e para o final
- Em termos profissionais, descubra as suas competências e quais as tarefas que outros menos qualificados poderão realizar
- Reserve-se e empenhe-se nas coisas verdadeiramente importantes. Sempre que possível deixe o primeiro embate para outros
- Não encare as diferentes tarefas como grandes e difíceis obstáculos. Divida-os em objetivos parciais como pontos de um percurso a cumprir, saboreando cada etapa que for atingindo.

DEPRESSÃO

Se perdeu o prazer em fazer as coisas que tanto gostava anteriormente ou se sente triste, abatido o tempo todo, irritável e pessimista poderá estar com uma depressão.

Outros sinais de alarme são insónias, alteração do apetite ou incapacidade de lidar com o *stress*. Fale com o seu médico. Poderá ser necessário fazer tratamento antidepressivo para o ajudar na adaptação a esta nova fase da sua vida. Partilhe os seus sentimentos, receios e dificuldades com a sua família e amigos. Eles estão a torcer bem pela sua recuperação.

O hospital tem ao seu dispor um psicólogo para o ajudar, se necessário.



Ame o seu coração, sem stress.

Apêndice V – Folheto “Orientações para uma alimentação saudável” realizado no Ensino Clínico III

CUIDE DA SUA ALIMENTAÇÃO!

Ter uma alimentação saudável é um pilar fundamental para prevenir a ocorrência de episódios cardiovasculares (doenças do coração e dos vasos sanguíneos). Após sofrer um enfarte, o controlo de peso, da tensão arterial e do colesterol são fundamentais, pelo que é importante repensar a sua dieta. Se tem diabetes, gota ou doença renal deve ainda ter cuidados alimentares suplementares. Procure o seu médico ou o nutricionista, a fim de lhe serem dadas recomendações específicas para a sua situação.



Orientações para uma Alimentação Saudável





Importância de uma Alimentação Saudável

Aproxima-se o momento de saída do hospital, um meio protegido e controlado. A partir de agora vai passar a tomar conta de si próprio sem ajuda tendo a responsabilidade de fazer o máximo que possa para não ter novos episódios de enfarte. Peça ajuda aos seus familiares para o acompanharem a fazer uma alimentação equilibrada e variada.

Existe no hospital um nutricionista que o pode ajudar a elaborar um plano alimentar personalizado. Não hesite! Transmita aos enfermeiros o seu interesse.

RECOMENDAÇÕES

Relativamente ao modo de confeção, deve:

- Privilegiar cozidos e grelhados
- Evitar fritos e refogados
- Retirar a gordura sobrenadante dos assados após arrefecerem
- Evitar molhos, pastéis fritos ou de massa folhada, queijos e enchidos

Aumente o consumo de:

- Hortaliças, legumes e frutos frescos
- Frutos secos, sementes e leguminosas
- Cereais integrais ou pouco refinados
- Azeite, embora sempre em pequena quantidade

Diminua o consumo de:

- Sal
- Carnes vermelhas
- Ovos, queijo, manteiga e natas
- Vinho (para 1 dl por refeição)

RECOMENDAÇÕES

Em termos de refeições, deve:

- Realizar cerca de 6 pequenas refeições por dia
- Evitar refeições muito pesadas
- Iniciar as refeições principais por sopa ou salada
- Mastigar bem e devagar

Mantenha o consumo de:

- Peixe e carnes de aves (perú e frango)
- Lacticínios meios gordos ou magros



Somos o que comemos.

**Apêndice VI – Folheto “Orientações de adesão à medicação”
realizado no Ensino Clínico III**

CUIDE DE SI, CUMPRA A SUA TERAPÊUTICA

Após ter sofrido um enfarte agudo do miocárdio, é importante que compreenda que há medicação que tem de cumprir criteriosamente, não podendo suspender sem contactar com o seu cardiologista. Após este contacto deverá atuar conforme as indicações que lhe foram dadas. Parar a terapêutica poderá levar ao entupimento do stent e à ocorrência de novos enfartes.



Orientações de adesão à medicação





Medicação

Após um enfarte agudo do miocárdio são prescritos habitualmente 4 tipos de medicamentos, a fim de prevenir a ocorrência de reinfarte ou acidentes vasculares cerebrais (vulgares trombozes). Assim deverá:

- Tomar os medicamentos consoante a prescrição do médico (dose e horário)
- Relatar ao médico qualquer efeito indesejável, não interrompendo nunca a terapêutica por iniciativa própria.
- Deve informar previamente o seu médico caso tenha de ser submetido a alguma cirurgia ou tratamento dentário.

MEDICAÇÃO HABITUAL

1. Betabloqueantes: Reduzem a contractilidade do coração, a possibilidade de arritmias, a frequência cardíaca e ligeiramente a tensão arterial, para diminuir o esforço cardíaco (atenolol, bisoprolol, carvedilol, metoprolol, nebivolol, propranolol)
2. Inibidores do Sistema Renina-Angiotensina: controlam a tensão arterial, reduzem a dilatação do coração e previnem a ocorrência de novos acidentes vasculares (captopril, enalapril, lisinopril, perindopril, irbersartan, losartan, valsartan)
3. Estatinas: baixam o valor do colesterol e estabilizam a progressão da aterosclerose (atorvastatina, sinvastatina, rosuvastatina)
4. Antiagregantes: tornam o sangue mais fluido e reduzem a possibilidade de formação de trombos na circulação sanguínea (aspirina, clopidogrel e ticoplidina)

Poderá ainda receber indicação para tomar nitratos (nitroglicerina, o mono ou dinitrato de isossorbido), antagonistas do cálcio (amlodipina, diltiazem) ou outros medicamentos a fim de reduzir as crises de angina de peito ou para controlo da tensão arterial.

EFEITOS INDESEJÁVEIS MAIS FREQUENTES

- Betabloqueantes: falta de forças, frio nas extremidades, pieira, pulsações baixas e impotência
- IECA's: tosse seca e falta de forças
- Estatinas: dores musculares sem justificação
- Antiagregantes: equimoses por pequenos traumatismos e dificuldade em estancar hemorragias. Diarreia.
- Nitratos: cefaleias e baixa de tensão arterial.
- Antagonistas do cálcio: cefaleias, inchaço dos tornozelos e tensão arterial baixa.



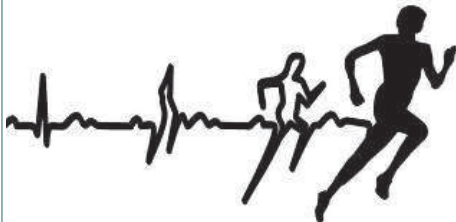
Proteja-se , tomando a sua medicação.

Apêndice VII – Folheto “Orientações para o exercício físico e sexualidade” realizado no Ensino Clínico III

COMECE A MEXER-SE!

Nunca é tarde para começar! Se o exercício físico nunca foi o seu forte e se sofreu um enfarte agudo do miocárdio, não desanime.

É necessário insistir um pouco no início porque treino demora 4 a 6 semanas a começar a manifestar os seus efeitos, no entanto os benefícios na sobrevivência são tanto maiores quanto menos sedentário e inativo for!



Orientações para o exercício físico e sexualidade





Exercício físico

Adote uma atitude ativa, tentando dentro das suas possibilidades, efetuar o maior número possível de trajetos a pé, utilizar as escadas, carregar pequenos pesos e realizar tarefas domésticas ou de *bricolage*.

Exercite-se de preferência ao ar livre e acompanhado por familiares e amigos. Organize e aproveite passeios a pé para reforçar os laços pessoais com os que o rodeiam. Deve realizar a atividade física com prazer, evitando esforços intensos e sempre de forma progressiva e ponderada.

EXERCITE-SE

Propõem-se períodos diários, de marcha ou de bicicleta em plano a iniciar imediatamente após a alta, que se devem aumentar progressivamente durante 2-3 meses até atingir 1h por dia e idealmente nos 7 dias da semana.

Um mês e meio depois de sair do hospital, pode manter a marcha ou, de acordo com a sua preferência, iniciar outras atividades, como golfe, *jogging* lento, bicicleta de exterior, sem rampas acentuadas ou natação (braços ou costas).

Nas primeiras semanas após a alta hospitalar estão contraindicados esforços bruscos ou muito intensos como ténis, *squash*, halterofilismo, *sprints*, basquetebol e futebol.

Se no decorrer de qualquer esforço notar falta de ar, tonturas, qualquer sintoma que lhe faça lembrar o enfarte, como a dor no peito ou mal estar no peito, interrompa-o imediatamente. Se a falta de ar ou a dor no peito não passarem em 1-2 minutos utilize imediatamente a nitroglicerina debaixo da língua.

A atividade física regular não está reservada aos campeões. Nunca é tarde para começar!

ATIVIDADE SEXUAL

O enfarte agudo do miocárdio não afeta qualquer órgão ou mecanismo relacionado com o ato sexual. O esforço físico que lhe é inerente, semelhante a uma subida de escadas de 2 pisos, está ao alcance da maioria.

As relações sexuais podem ser retomadas habitualmente sem restrições cerca de 1 semana após a alta, quando e como o casal considerar adequado. Evite ter relações após uma refeição pesada regada a álcool e adote posições confortáveis. Se necessitar de utilizar estimulantes sexuais, pergunte ao seu médico se são compatíveis com a sua medicação habitual.

Uma vida amorosa e sexual bem ajustada exerce uma ação benéfica e contribui para uma melhor saúde, quer física, quer psicológica.



Ame, mas não esqueça o seu coração.

Apêndice VIII – Folheto “Orientações para a gestão de situações de emergência” realizado no Ensino Clínico III

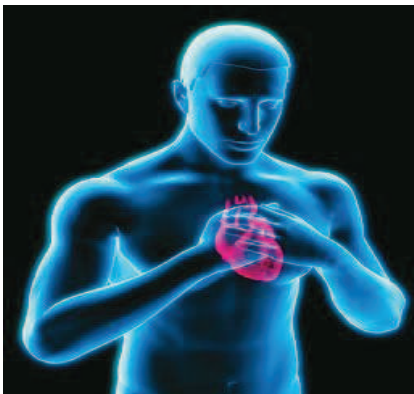
CONTROLE A SUA DOENÇA!

O reconhecimento de sinais e sintomas de alarme é um passo fundamental no controle e adaptação à doença. O saber como agir e onde recorrer em situações de emergência permite uma resolução atempada de possíveis crises. O ter sofrido um enfarte agudo do miocárdio não exclui a possibilidade de novos episódios, quer pelo entupimento do stent, quer pelo aparecimento de novas lesões. Capacite-se e seja autônomo!



Orientações para a Gestão de Situações de Emergência





Sintomas de Alarme

Os sintomas de alarme de um doente coronário são:

- Dor ou desconforto no tórax, sem alívio após toma de 2-3 comprimidos de nitroglicerina debaixo da língua. Pode irradiar para maxilar inferior, dorso ou braço esquerdo e pode ainda estar associada a sensação de indigestão, enfartamento, dificuldade respiratória ou enjoos.
- Falta de ar ou cansaço intenso
- Desmaio ou tonturas frequentes e pulso muito rápido sem razão aparente

COMO ATUAR?

- Sente-se ou deite-se com a cabeça elevada.
- Coloque o comprimido de Nitromint® debaixo da língua e deixe-o dissolver.
- Se a dor e sintomas não aliviarem, coloque novo comprimido de 10 em 10 minutos, até ao máximo de 3 por cada episódio de dor. Se a dor não passar após o 3º comprimido deverá dirigir-se rapidamente ao hospital, não devendo perder mais tempo a verificar se as queixas melhoram. O diagnóstico e tratamento precoces são fundamentais.
- O Nitromint ® só tem efeito para a dor no peito e para a falta de ar, não devendo ser utilizado noutra tipo de queixas.
- Se tomou estimulantes sexuais, não deve utilizar o Nitromint ® nas 48 h seguintes. Se por esquecimento o fez, deve ficar deitado, porque pode vir a sofrer uma descida brusca da tensão arterial.

ONDE RECORRER?

Os sintomas de alarme obrigam a recorrer em minutos a um hospital com serviço de urgência.

- Contacte o 112.
- Caso não seja transportado pelo INEM, peça a alguém que o conduza até ao hospital. Não tente guiar o seu próprio veículo.
- Caso resida na zona de Lisboa e for seguido na consulta externa do (...), telefone para o cardiologista da Unidade de Cuidados Intensivos Coronários.
- Se possível, traga os relatórios ou os exames mais recentes, medicação habitual e notas de alta de internamentos anteriores.



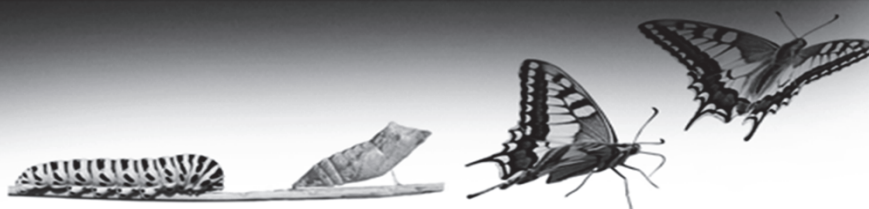
Aprenda a gerir a sua doença.

Apêndice IX – Apresentação *powerpoint* “A alta da UCI: que realidade? Necessidade de intervenção” realizada no âmbito das 8as Jornadas do Doente Crítico do Centro Hospitalar Lisboa Norte



8as JORNADAS DO DOENTE CRÍTICO DO CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE

A ALTA DA UCI: QUE REALIDADE? NECESSIDADE DE INTERVENÇÃO.



Carla Marques (SMI/UCPA- HPV)

Janeiro 2014



OBJETIVOS

- ▶ Apresentar o estado da arte relativamente à alta da UCI;
- ▶ Compreender o processo de transferência da UCI enquanto um fenómeno de transição, com impacto na pessoa doente e sua família;
- ▶ Identificar cuidados transicionais facilitadores à alta.

A ALTA DA UCI: QUE REALIDADE? NECESSIDADE DE INTERVENÇÃO

SUMÁRIO



- ▶ A alta da UCI: estado da arte;
- ▶ A alta da UCI: realidade e transições;
- ▶ Cuidados transicionais facilitadores à alta.

▶ A ALTA DA UCI: QUE REALIDADE? NECESSIDADE DE INTERVENÇÃO

INTRODUÇÃO

Uso eficiente dos recursos das UCI's como prioridade;

Cuidado intenso a doentes críticos, suporte artificial de funções vitais;

Existência de critérios de admissão e alta, em UCI.

▶ A ALTA DA UCI: QUE REALIDADE? NECESSIDADE DE INTERVENÇÃO

A ALTA DA UCI



Estabilização clínica,
sem necessidade de
cuidado intenso



Intervenções
terapêuticas invasivas
não planeadas

(Critical Care Medicine, 1999)

▶ A ALTA DA UCI: QUE REALIDADE? NECESSIDADE DE INTERVENÇÃO

A ALTA DA UCI: ESTADO DA ARTE

EBSCOhost

CINAHL Plus Full Text
MedLine

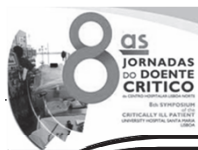
• *discharge from ICU OR*
 • *after critical care AND*
 • *nursing*

Pesquisa Indexada

Jan 2007- Dez 2013
All adult; Full text com
resumo disponível



▶ A ALTA DA UCI: QUE REALIDADE? NECESSIDADE DE INTERVENÇÃO



A ALTA DA UCI: ESTADO DA ARTE

Redesigning the ICU Nursing Discharge Process

RESEARCH ARTICLE

Open Access

Mortality associated with timing of admission to and discharge from ICU: a retrospective cohort study

Kevin B Laupland^{1,2}, Benoit Misset³, Bertrand Souweine⁴, Alexis Tabah¹, Elie Azoulay⁵, Dany Goldgran-Toledano⁶, Anne-Sylvie Dumenil⁷, Aurélien Vésin¹, Samir Jamali⁸, Hatem Kallel⁹, Christophe Clec'h¹⁰, Michael Darmon¹¹, Carole Schwebel¹¹ and Jean-Francois Timsit^{1,11,12*}

A ALTA DA UCI: QUE REALIDADE? NECESSIDADE DE INTERVENÇÃO



A ALTA DA UCI: ESTADO DA ARTE

PRINCIPAIS RESULTADOS

- A alta da UCI “*after hours*” relaciona-se com maior risco de morte e de readmissão; (Laupland, Misset, Souweine, 2011 / Pilcher, Duke, George et al, 2007)
- Na UCI, o recurso à escrita de diários surge como um ato de cuidado mas também com intencionalidade terapêutica; (Gjenjedal, Storli, Holme et al, 2010)
- A qualidade de vida dos “*survivors*” da UCI é pobre, sendo melhor aos 18 meses após a alta; (Fildissis, Zildianakis, Tsigou et al, 2007)
- O envolvimento mútuo das equipas dos diferentes sectores de cuidados contribui para a resolução de possíveis problemas associados à alta da UCI. O *follow-up* é encarado como agente catalisador de mudança. (Chaboyer, Lin, Foster et al, 2012)

A ALTA DA UCI: QUE REALIDADE? NECESSIDADE DE INTERVENÇÃO

A ALTA DA UCI: QUE REALIDADE?



▶ A ALTA DA UCI: QUE REALIDADE? NECESSIDADE DE INTERVENÇÃO

A ALTA DA UCI: QUE REALIDADE?

- ▶ As transições entre sectores de cuidados de saúde apresentam-se como períodos de vulnerabilidade; (H. Stelfox, L. Perrier, S. Strauss et al, 2013)
- ▶ Problemas e eventos adversos podem ocorrer durante o processo de transferência; (Boutillier, 2007/H. Stelfox, L. Perrier, S. Strauss et al, 2013)
- ▶ Aproximadamente 1 em 12 doentes com alta da UCI, é readmitido ou morre antes da transição hospital – domicílio; (H. Stelfox, L. Perrier, S. Strauss et al, 2013)
- ▶ Vários domínios de intervenção: comunicação na equipa de cuidados e para com a pessoa e família; efeitos psicológicos decorrentes da transferência. (Boutillier, 2007)

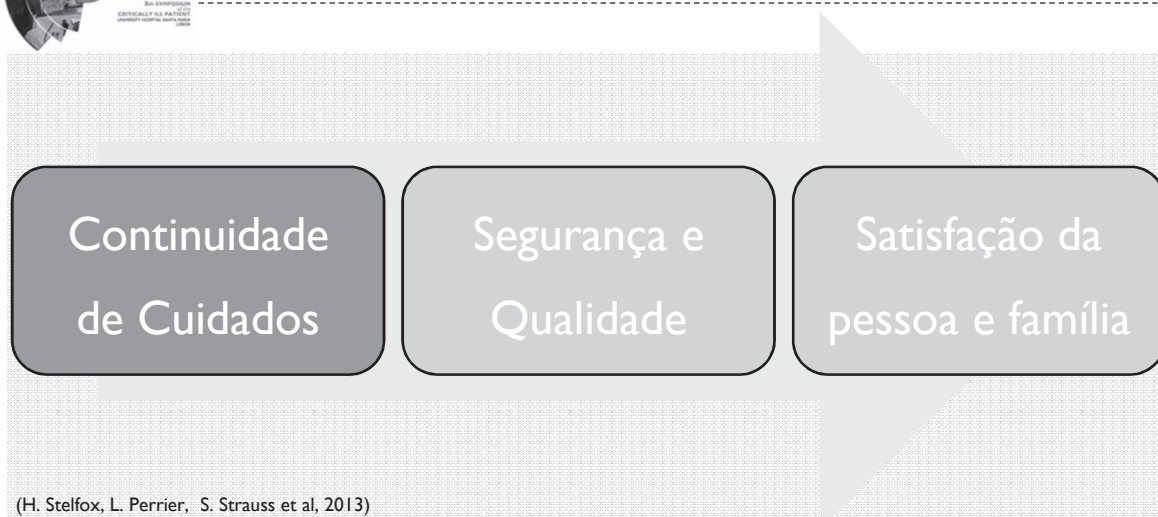
▶ A ALTA DA UCI: QUE REALIDADE? NECESSIDADE DE INTERVENÇÃO

A ALTA DA UCI: QUE REALIDADE?



▶ A ALTA DA UCI: QUE REALIDADE? NECESSIDADE DE INTERVENÇÃO

A ALTA DA UCI: QUE REALIDADE?



(H. Stelfox, L. Perrier, S. Strauss et al, 2013)

▶ A ALTA DA UCI: QUE REALIDADE? NECESSIDADE DE INTERVENÇÃO

A ALTA DA UCI: QUE REALIDADE?



- Deve ser encarada como um período de risco, devendo ser planeada;
- Deve ser segura e eficiente, atempada e integrada no *continuum* de cuidados; (H. Stelfox, L. Perrier, S. Strauss et al, 2013/ Chaboyer, 2005)
- Estudos científicos relatam melhores *outcomes*, mediante o uso de modelos centrados na pessoa e família. (Davidson et al, 2007)

▶ A ALTA DA UCI: QUE REALIDADE? NECESSIDADE DE INTERVENÇÃO

A ALTA DA UCI E TRANSIÇÕES



UCI



Intermédios



Enfermaria

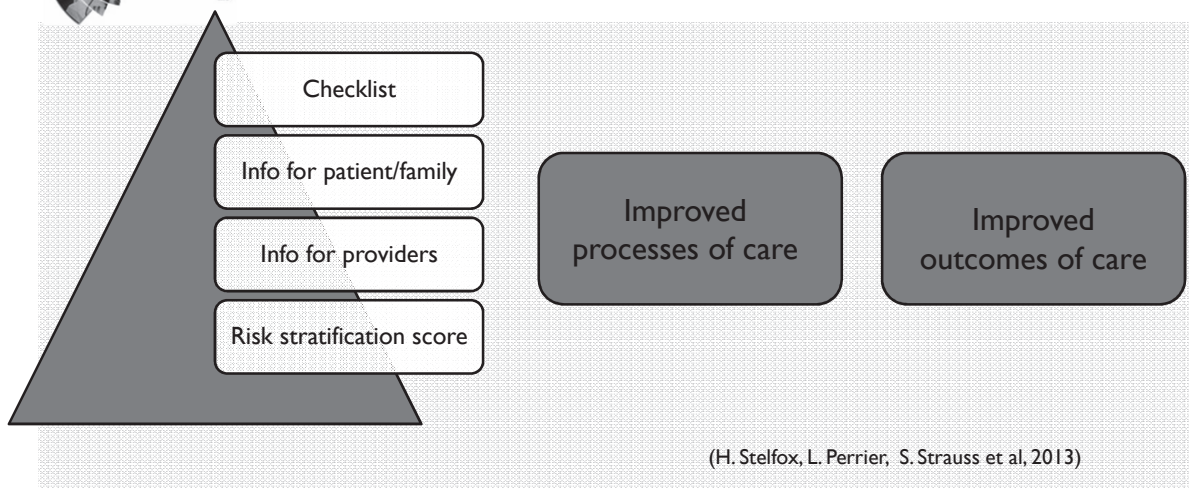


Casa

Transição como um processo ou período, no qual ocorre uma mudança ou passagem. (Meleis, 2010)

▶ A ALTA DA UCI: QUE REALIDADE? NECESSIDADE DE INTERVENÇÃO

A ALTA DA UCI E TRANSIÇÕES



▶ A ALTA DA UCI: QUE REALIDADE? NECESSIDADE DE INTERVENÇÃO

A ALTA DA UCI E TRANSIÇÕES

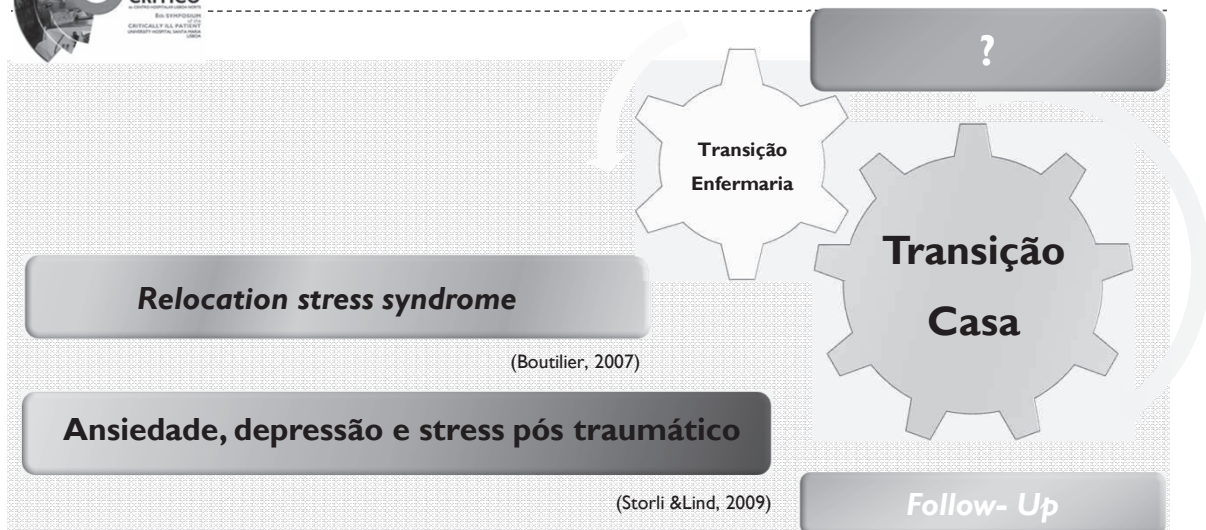
IOM aims	Structure (discharge tool)	Process	Outcome
Safe	Risk stratification	Patient to right ward	↓ ICU readmission
Effective	Medication reconciliation	Right medications	↓ Adverse event
Efficient	Information for providers	Providers informed	↓ Duplication of tests
Timely	Risk stratification	Discharged when ready	↓ Length of stay
Patient-centered	Information for patients	Patients engaged	↑ Patient satisfaction
Equitable	Checklist	Equal access	↓ Inequalities

*Table populated with sample tool components and consequent processes and outcomes.
 ICU, intensive care unit; IOM, Institute of Medicine.

(H. Stelfox, L. Perrier, S. Strauss et al, 2013)

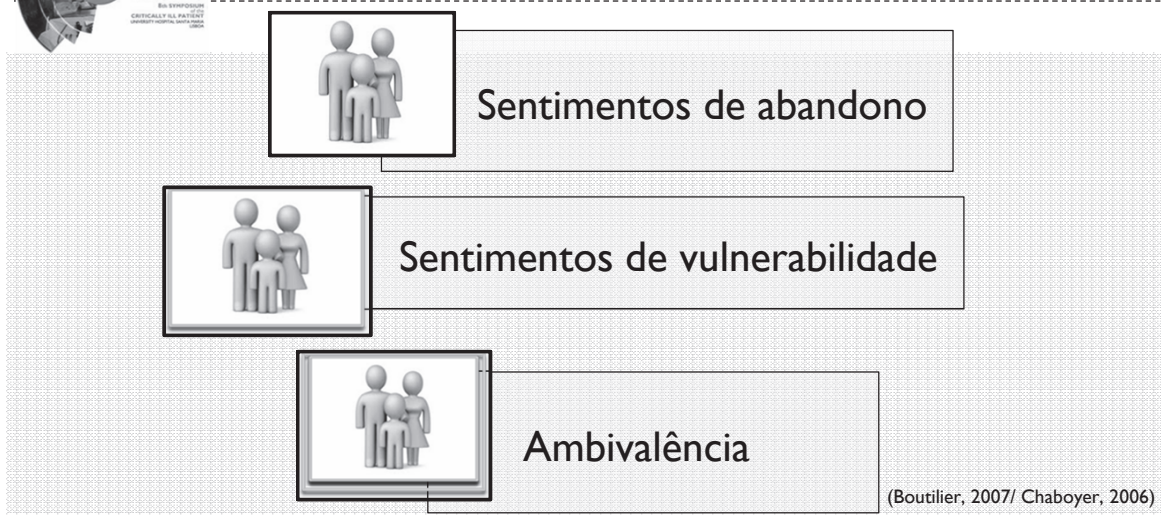
▶ A ALTA DA UCI: QUE REALIDADE? NECESSIDADE DE INTERVENÇÃO

A ALTA DA UCI E TRANSIÇÕES



▶ A ALTA DA UCI: QUE REALIDADE? NECESSIDADE DE INTERVENÇÃO

A ALTA DA UCI E TRANSIÇÕES



▶ A ALTA DA UCI: QUE REALIDADE? NECESSIDADE DE INTERVENÇÃO

A ALTA DA UCI E TRANSIÇÕES

Individual level	System level
<p>Early discharge planning with the development of standardized discharge policies and care plans</p> <p>Education of patients about discharge, with repetition of information and promotion of realistic expectations</p> <p>Steps to encourage patients' independence, with early weaning from equipment and one-to-one nursing care</p> <p>Steps to ensure direct handover, with appropriate and adequate written documentation, of ICU patients to staff in an intermediate care unit</p> <p>Daytime discharge with adequate warning to the intermediate care unit</p> <p>Steps to involve patients' families in the discharge process and to encourage questions from patients and patients' family members</p> <p>Development of written resources</p> <p>Visits by ICU personnel to patients in the intermediate care unit after discharge from the ICU</p> <p>Improvement in knowledge of the resources of intermediate care units and the community</p> <p>Efforts to improve reciprocal communication with staff in the intermediate care unit</p>	<p>ICU discharge or liaison nurses</p> <p>ICU follow-up clinics</p> <p>Use of step-down and intermediate care units</p> <p>Development of an evidence base and research agendas related to transitional care</p> <p>Improvement in the resources of intermediate care units</p> <p>Improvement in staff-to-patient ratios in intermediate care units</p> <p>Improvement in access to community resources</p> <p>In-service training for staff of intermediate care units and establishment of standardized transfer teaching programs</p> <p>Development of protocols or mechanisms for feedback from ICU patients</p>

(Chaboyer, 2005)

A ALTA DA UCI: QUE REALIDADE? NECESSIDADE DE INTERVENÇÃO

A ALTA DA UCI E TRANSIÇÕES



Organização de fragmentos e memórias

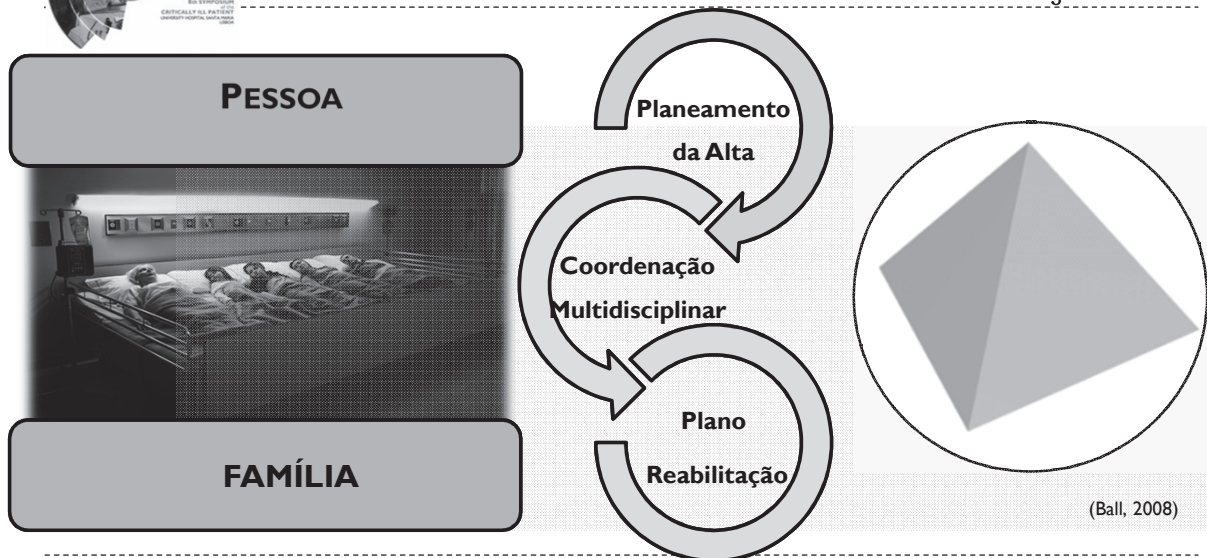


Procura de significado na experiência

(Storli & Lind, 2009)

A ALTA DA UCI: QUE REALIDADE? NECESSIDADE DE INTERVENÇÃO

A ALTA DA UCI E TRANSIÇÕES

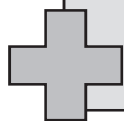


A ALTA DA UCI: QUE REALIDADE? NECESSIDADE DE INTERVENÇÃO

TRANSIÇÃO UCI - ENFERMARIA

(Boutilier, 2007/ Ball, 2008)

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Horários de visita mais alargados levam a uma melhor gestão do tempo e a um acompanhamento mais próximo • Falar sobre experiências anteriores | <ul style="list-style-type: none"> • Confronto com as novas dinâmicas da enfermaria pode conduzir a sentimentos negativos • Família já familiarizada com equipa da UCI • Doente menos vigiado na enfermaria |
|--|--|

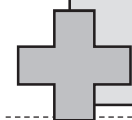


A ALTA DA UCI: QUE REALIDADE? NECESSIDADE DE INTERVENÇÃO

TRANSIÇÃO UCI - ENFERMARIA

(Boutillier, 2007/ Ball, 2008)

- Certeza de que a transferência é feita no melhor interesse do doente
- Enfermaria capaz de responder às necessidades
- Falta de planeamento da transferência e, por vezes, para fora da área de residência
- Falta de conhecimento acerca da evolução clínica do seu familiar
- Horário de visita coincidente com horários de trabalho

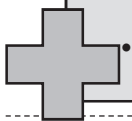


▶ A ALTA DA UCI: QUE REALIDADE? NECESSIDADE DE INTERVENÇÃO

COMO INTERVIR?

(Boutillier, 2007/ Ball, 2008)

- Dar informação e repeti-la em forma de discussão
- Dar informação escrita à família, através de folhetos
- Apresentar a transferência à família como um passo positivo no processo de recuperação do doente
- Gerir as expectativas face à evolução clínica e plano de reabilitação
- Auxiliar na compreensão das diferenças entre a UCI e a enfermaria
- Possibilitar que a transferência ocorra durante o dia



▶ A ALTA DA UCI: QUE REALIDADE? NECESSIDADE DE INTERVENÇÃO

“Transitions are processes that occur over time and that have a sense of flow and movement.”

Meleis & Trangenstein (2010, p. 69)



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ▶ Ball, C. (2008). Improving rehabilitation following transfer from ICU. *Intensive and Critical Care Nursing* N°24, 209-210.
- ▶ Beard, H. (2005). Does intermediate care minimizes relocation stress? *British Association of Critical Care Nurses, Nursing in Critical Care* Vol 10 No6, 272-278.
- ▶ Boutilier, S. (julho/agosto de 2007). Leaving critical care: facilitating a smooth transition. *Dimensions of Critical Care Nursing*, pp. 137-142.
- ▶ Chaboyer, W., Kendall, E., Kendall, M., & Foster, M. (2005). Transfer out of Intensive Care. *Australian Critical Care*, 138-145.
- ▶ Chaboyer, W., Kendall, M., & James, H. (2005). Transitional Care after Intensive Care Unit: Current Trends and Future Directions. *Critical Care Nursing*, 16-29.
- ▶ Chaboyer, Lin, & Foster. (2012). Redesigning the ICU nursing discharge process: a quality improvement study. *World Views on Evidence-based Nursing*, 40-48.
- ▶ Chaboyer, W. (2006). Intensive Care and beyond: improving the transitional experiences for critically ill patients and their families. *Intensive and Critical Care Nursing* N° 22, 187-193.
- ▶ Critical Care Medicine, S. (1999). Guidelines for ICU Admission, Discharge, and Triage. *Critical Care Medicine* 27 (3), 633-638.
- ▶ Davidson, J., Powers, K., Hedayat, K., & Tieszen, M. (2007). Clinical practical guidelines for support of the family for the patient-centered intensive care unit: American College of Critical care Medicine Task Force 2004-2005. *Critical Care Medicine* Vol 35 No2, 608-622.
- ▶ Fildissis, Zidianakis, & Tsigou. (2007). Quality of life Outcome of critical care survivors eighteen months after discharge from intensive care. *Croatian Medical Journal*, 814-821.

▶ A ALTA DA UCI: QUE REALIDADE? NECESSIDADE DE INTERVENÇÃO



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ▶ Laupland, Misset, & Souweine. (2011). Mortality associated with timing of admission to and discharge from ICU: a retrospective cohort study. *BMC health services research*, 1-8.
- ▶ MacAdam, J., Fontaine, D., White, D., Dracup, K., & Puntillo, K. (2012). Psychologic symptoms of family members of high-risk intensive care units patients. *American Journal of Critical Care Vol 21 No 6*, 386-394..
- ▶ Meleis, A. & Trangenstein, P. (2010). Facilitanting transitions: redefinition of the nursing mission. In A. Meleis, *Transitions theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice* (pp. 65-72). New York: Springer Publishing Company.
- ▶ Mitchell, M., Chaboyer, W., Burmeister, E., & Foster, M. (2009). Posiive effects of a nursing intervention on Family Centered-Care in Adult Critical Care. *American Journal Critical Care*, 543-552.
- ▶ Pilcher, Duke, & George. (2007). After-hours discharge from intensive care increases the risk of readmission and death. *Anaesth Intensive Care*, 477-485.
- ▶ Stelfox, H., Perrier, L., Strauss, S., Ghali, W., Zygun, D., Boiteau, P., et al. (2013). Identifying intensive care unit discharge planning tools: protocol for a scoping review. *bjopen online*.
- ▶ Storli, S., & Lind, R. (2009). The meaning of follow-up in intensive care: patient's perspective. *Scandinav Journal Caring N23*, 45-56.
- ▶ Storli, Holme, & Gjenjedal. (2010). An act of caring - patient diaries in Norwegian intensive care units. *Nursing in critical care*, 176-184.

▶ A ALTA DA UCI: QUE REALIDADE? NECESSIDADE DE INTERVENÇÃO

“Transitions are processes that occur over time and that have a sense of flow and movement.”

Meleis & Trangenstein (2010, p. 69)